

K. S. W. 1870
Lane Medical Library

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 142

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 juin 1870,

PAR JACQUES LARGUIER DES BANCELS

De Lausanne (Suisse),

ANCIEN ÉLÈVE DES HÔPITAUX.

ESSAI

SUR

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ÉTRANGLEMENTS INTERNES

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1870

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.

MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD.

Chargé de cours

	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SÉE (G.).
	LASEGUE.
	BÉHIER.
	LAUGIER.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHET.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCÔUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBE (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAU.	LEFORT.	POLAILLON.
CORNIL.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
CRUVEILHIER.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
DE SEYNES.			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— de l'ophthalmologie	N.
Chef des travaux anatomiques.	Marc SÉE.

Examineurs de la thèse.

MM. GOSSELIN, président; SAPPEY, BALL, TILLAUX.

M. LE FILLEUL, Secrétaire.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

S. LARGUIER DES BANCELS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL CANTONAL DE LAUSANNE,

ANCIEN VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DU CANTON DE VAUD,

ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DES SCIENCES
MÉDICALES.

A MA MÈRE

A MON ONCLE J. L.

Témoignage de gratitude et d'affection.

A MA TANTE G. L.

Hommage de profonde amitié.

A M. LE DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
DIRECTEUR DES TRAVAUX ANATOMIQUES DES HÔPITAUX,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

(EXTERNAT 1868).

(CLAMART 1868).

Ce sont vos conseils, mon cher Maître, qui m'ont inspiré ces recherches. Je suis heureux en vous en offrant la dédicace, de pouvoir vous montrer que je suis aussi reconnaissant de vos précieuses leçons que de votre constante bienveillance.

A MON PREMIER MAITRE D'ANATOMIE

M. LE D^r A. CHAVANNES,

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LAUSANNE.

A LA MÉMOIRE DE VELPEAU

(CHARITÉ, 1865)

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR RICHET

(PITIÉ, 1864)

M. LE PROFESSEUR BÉHIER

(CHARITÉ, 1866)

Témoignage de déférence et de gratitude pour la bienveillance
dont il m'a toujours honoré.

M. LE D^r NONAT

(EXTERNAT, 1867)

M. LE D^r BOURDON

(EXTERNAT, 1869)

M. LE PROFESSEUR DEPAUL

(CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS, 1870)

A M. LE D^r FERDUT

A M. LE D^r E. MEYER

(CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE)

Je prie mes amis, MM. les D^{rs} H. BERGERON, DAMASCHINO et
CHANTREUIL, d'agréer l'expression de ma reconnaissance, pour les
savantes leçons que j'ai reçues d'eux dans les amphithéâtres d'ana-
tomie et dans les hôpitaux.

ESSAI
SUR LE DIAGNOSTIC

ET

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ÉTRANGLEMENTS INTERNES

Indépendamment des faits que le médecin a chaque jour l'occasion d'observer et des recherches expérimentales qu'il peut faire, il est deux sources fécondes où il peut puiser les éléments nécessaires à l'étude des phénomènes qu'il cherche à approfondir : ce sont les travaux ex-professo faits par ses devanciers sur un ou plusieurs points du sujet qui l'occupe et les observations cliniques recueillies et publiées souvent sans commentaires par d'autres praticiens. C'est, en d'autres termes, l'étude des faits rapportés par les différents observateurs et celle des interprétations plus ou moins variées auxquelles ils ont pu donner lieu. Ces ressources, il faut le dire, ne sont point également précieuses dans tous les cas. Ainsi tandis que l'état de nos connaissances est très-avancé pour certaines affections, qui se présentent d'une façon accessible à l'exploration directe, et se décèlent par des signes objectifs faciles à percevoir, il l'est en général bien moins lorsqu'il s'agit de maladies dont les principales manifestations sont des troubles fonctionnels.

Nous trouvons la confirmation de ce que nous avançons dans l'histoire de l'occlusion intestinale. Cette affection, dont les terribles accidents ont de tout temps attiré l'attention

des médecins, peut, comme on le sait, se produire soit au dehors de l'abdomen, et constituer alors l'étranglement herniaire, soit à l'intérieur de cette cavité où elle donne lieu aux phénomènes d'étranglement interne. Or tandis que l'étude des hernies et de leurs complications a enrichi la littérature médicale d'un grand nombre d'excellents travaux dus à des hommes souvent considérables, une histoire complète de l'occlusion intestinale interne est encore à faire. Les travaux publiés sur cette question sont vite comptés, et n'ont guère profité qu'à l'anatomie pathologique et à l'étiologie; le diagnostic des étranglements reste encore au nombre des problèmes réputés presque insolubles, et l'on n'a que des données fort vagues sur la valeur exacte des signes propres à l'établir.

Il faut ajouter que la lecture des observations publiées dans les divers journaux de médecine ne paraît pas, au premier abord, de nature à encourager dans cette étude. Quand on voit, en effet, les praticiens les plus consommés commettre et reconnaître des erreurs souvent fatales, on se demande s'il n'est pas téméraire de chercher à interpréter les divers symptômes de façon à lever les difficultés contre lesquelles ils sont venus échouer.

L'analyse de ces travaux et de ces observations, l'étude attentive des faits bien interprétés, aussi bien que celle de ceux dans lesquels le chirurgien fourvoyé a fait d'inutiles opérations, peuvent cependant, nous semble-t-il, amener à donner des lois plus ou moins générales à l'établissement desquelles viendront encore concourir les déductions que le raisonnement peut tirer de l'étude, si bien faite aujourd'hui, de l'anatomie pathologique des étranglements.

Il se présentera ici, comme presque toujours en médecine, une série de faits prédominants, exerçant sur l'esprit la pression des fortes majorités, mais dont la réunion ne constitue pas des lois absolues; à côté d'eux des exceptions qui semblent s'opposer aux règles qu'on cherche à établir. Il ne faut cependant pas en conclure que les faits exceptionnels sont en dehors des lois pathologiques, mais plutôt que les lois déjà établies ne sont point assez générales pour com-

prendre l'ensemble des phénomènes dont nous avons connaissance.

Certains signes sont remarquables par leur présence constante dans tel ou tel mode d'étranglement; d'autres offrent des modifications sensibles, soit dans leur apparence, soit dans leur évolution, suivant la cause qui les a produits. Aux indications fournies par ces variations dans les manifestations de la maladie, variations dont l'anatomie pathologique donne presque toujours l'explication, viennent s'ajouter les renseignements statistiques de l'étiologie. Aussi, lorsque ces questions auront été plus étudiées, lorsque surtout des observations en grand nombre auront été prises avec plus de soin qu'elles ne le sont généralement, c'est-à-dire, sans laisser de côté aucun signe de quelque nature qu'il soit, et si peu important qu'il paraisse; nous ne mettons pas en doute que le diagnostic des étranglements, qui maintenant paraît hérissé de difficultés insurmontables, ne soit singulièrement facilité.

C'est au moyen de cette méthode d'analyse et de comparaison de toutes les observations que nous avons recueillies, nous laissant parfois guider par le raisonnement lorsque nous pouvions partir de quelque donnée exacte fournie par les antécédents ou la statistique, aidé enfin des rares, mais excellents travaux publiés sur certains points de cette question (1), que nous avons fait ce travail. Nous ne nous en dissimulons ni l'insuffisance, ni l'imperfection, mais nous espérons pourtant qu'il ne sera pas absolument dépourvu d'utilité; nous pensons, en effet, que cette double opération de synthèse et d'analyse, en signalant peut-être quelques lacunes et en appelant l'attention sur certaines particularités qui auraient passé inaperçues, facilitera la tâche à de plus autorisés que nous qui voudraient travailler à élucider complètement cette importante question.

Nous avons laissé de côté l'anatomie pathologique des étranglements, cela eût donné à notre travail une importance matérielle trop considérable; cette étude a d'ailleurs été si bien faite par M. Duchaussoy que nous n'aurions pas

(1) Rokitansky, Duchaussoy, Besnier, Henrot, Hilton, etc.

osé l'aborder. Nous n'avons pris de l'étiologie que ce qui nous était nécessaire pour aider à l'établissement du diagnostic. Le peu de temps dont nous disposons ne nous a pas permis de faire des recherches expérimentales sur les points de cette question qui peuvent le comporter; nous le regrettons d'autant plus vivement que notre cher maître, M. le D^r Tillaux, en nous donnant l'idée de faire des étranglements internes l'objet de notre thèse inaugurale, avait mis à notre disposition, avec sa libéralité et sa bienveillance habituelles, les ressources que présente l'établissement qu'il dirige avec un succès si légitime.

Nous diviserons notre sujet en trois parties : la première, fort courte, contiendra quelques considérations générales sur les étranglements internes et une classification dans laquelle nous avons rangé les principales variétés de cette maladie.

Dans la deuxième nous tâcherons de séparer les cas où les phénomènes d'étranglement sont produits par des causes dynamiques de ceux où ils sont dus à un obstacle mécanique au cours des matières. Ceci fait, nous nous efforcerons de constituer pour chaque variété de ces derniers une symptomatologie spéciale et nous chercherons à en établir le diagnostic différentiel.

Dans la troisième partie enfin, nous verrons en étudiant l'une après l'autre les différentes méthodes chirurgicales employées pour la guérison de l'occlusion intestinale interne, s'il n'est pas certains cas où telle de ces méthodes doit être préférée aux autres; en d'autres termes, s'il n'est pas possible d'opposer à chaque variété d'étranglement un traitement spécial et qui réponde aux indications données par le diagnostic.

Nous n'avons recueilli que les observations assez détaillées pour pouvoir nous être utiles, et comme leur longueur nous a forcé à les résumer, nous avons soin d'en indiquer la bibliographie.

Quelques faits inédits sont joints à ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La variété d'occlusion intestinale que l'on a appelée *étranglement interne* (1) se présente toutes les fois qu'une circonstance quelconque vient diminuer le calibre d'un intestin non hernié d'une façon suffisante pour mettre obstacle au cours des matières qu'il contient.

Telle est l'acception que l'on doit donner au terme d'*étranglement interne*, si l'on se place à un point de vue purement anatomique; cliniquement, cette acception se généralise, car on sait maintenant à n'en plus douter qu'il est certaines affections dans lesquelles on observe tout l'appareil des signes de l'étranglement, sans qu'il soit possible de trouver à l'autopsie aucune diminution du calibre de l'intestin.

On sait que les signes de l'étranglement interne offrent une grande analogie avec ceux de l'étranglement herniaire, aussi nous bornerons-nous à tracer ici les principaux symptômes de cette grave affection, nous réservant d'examiner plus loin les nombreuses variations qu'une foule de circonstances peuvent leur faire subir.

Les accidents, qui surviennent soit sous l'influence d'un écart de régime, soit sous celle d'un violent effort, sont tan-

(1) Nous conserverons cette expression : *étranglement interne*, quoique ce ne soit pas le terme propre, pour exprimer tous les accidents que nous allons étudier. Cette dénomination a néanmoins l'avantage d'être acceptée et comprise par tous les médecins; elle est préférable au terme d'*occlusion intestinale*, employé par M. Masson, terme trop général qui logiquement doit comprendre les étranglements herniaires ou externes. Quant aux mots : *ileus*, *passio iliaca*, *vomitus stercoris*, *miserere mei*, ils ne s'appliquent à rien de déterminé, ont une signification très-vague et doivent être abandonnés.

tôt brusques, tantôt, au contraire, précédés de douleurs sourdes et d'alternatives de constipation et de diarrhée (débâcles¹). Ils débutent par une douleur violente, circonscrite, que la pression exaspère d'une façon très-variable et qui s'accompagne de chaleur intense. Bientôt, sous l'influence d'une constipation opiniâtre et invincible, l'abdomen se ballonne plus ou moins uniformément ; en même temps la bouche se dessèche ; les hoquets, les nausées font place à des vomissements d'abord chymeux, puis bilieux, enfin fécaloïdes. L'urine est rouge, rare ; l'anxiété du malade extrême, le pouls petit et serré, les extrémités couvertes d'une sueur froide et visqueuse ; la face pâle et grippée, les traits profondément et subitement altérés ; il y a agitation extrême, insomnie, prostration des forces. Au milieu de ces troubles profonds de l'économie, le malade conserve dans leur intégrité ses facultés intellectuelles et si l'intervention de l'homme de l'art a été nulle ou inutile, il s'éteint soit par épuisement ou par asphyxie, soit par péritonite générale.

Ces symptômes ont ordinairement un accroissement progressif, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes ou prolongées ; parfois dès le début, ils ont acquis le summum d'intensité. Ils offrent dans quelques cas des rémissions très-marquées, mais bientôt les accidents reparaissent dans toute leur violence.

Tels sont, envisagés d'une façon tout à fait générale, les principaux signes de l'étranglement. Les causes qui peuvent les produire sont de deux ordres : les unes sont *mécaniques* et donnent lieu à ce que dans la suite de ce travail nous appellerons *étranglement vrai* ; les matières contenues dans l'intestin rencontrent un obstacle mécanique qui les empêche de poursuivre leur cours. D'autres sont *dynamiques*, et alors bien que l'intestin ne présente aucune diminution dans son calibre, des phénomènes spasmodiques ou paralytiques en pervertissent ou en abolissent les fonctions et amènent nécessairement une suppression complète et persistante des selles ; ce sont là les *faux-étranglements*, dans lesquels nous faisons rentrer aussi bien l'iléus spasmodique dont il nous semble difficile de contester l'existence, que les

différentes sortes de paralysies intestinales sur lesquelles M. le Dr Henrot (1) a le mérite d'avoir le premier appelé l'attention (pseudo-étranglements d'Henrot)

Quoique nous soyons persuadé que la connaissance exacte de la façon dont se produisent les signes de l'étranglement est d'une utilité incontestable pour le diagnostic et partant pour la thérapeutique de cette redoutable affection, il n'entre cependant pas dans notre plan de faire de ces différentes causes une étude approfondie, ni de rechercher le mécanisme au moyen duquel chacune d'elles produit les symptômes que nous avons brièvement énumérés ; il faudrait pour cela des recherches bibliographiques fort longues et surtout instituer sur des animaux une série d'expérimentations physiologiques que le peu de temps dont nous disposons et notre inexpérience en pareille matière ne permettraient pas de mener à bien.

Nous venons de faire comprendre ce que nous entendons par *étranglement vrai* et par *faux-étranglement* ; il nous reste avant de passer à la partie importante de ce travail, à énumérer les nombreuses variétés que présentent ces deux grandes classes.

Étranglements vrais.

On peut ranger dans cinq catégories les différentes espèces d'étranglements vrais ; quant aux causes qui produisent chacune d'elles, elles varient presque à l'infini ; nous avons réuni celles qui se présentent le plus fréquemment et qu'il est le plus utile de connaître, dans les tableaux suivants.

Première catégorie.— L'étranglement résulte d'une obstruction.

La cavité de l'intestin est bouchée par un corps venu du dehors ou qui s'est développé dans cette cavité ; dans les premiers cas, l'obstacle consistera le plus ordinairement en

(1) Dr Henrot, Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin, 1865.

noyaux ou pépins de fruits, en petits os ; dans le second, ce seront des amas de matières fécales durcies, des concrétions intestinales ou des calculs biliaires, plus rarement enfin des paquets d'ascarides lombricoides.

Deuxième catégorie. — L'étranglement résulte d'une disposition anormale de l'intestin, accidentelle ou congénitale.

Différents cas se présentent :

A. Dans l'*invagination* ou *intussusception*, une portion d'intestin pénètre anormalement dans une autre ; cette invagination peut être ascendante ou descendante et intéresser soit l'intestin grêle, soit le gros intestin, soit tous les deux.

B. Dans la *torsion* (volvulus des auteurs), les intestins sont enroulés ou enchevêtrés l'un dans l'autre.

C. Il peut y avoir *flexion anormale* lorsqu'une portion d'intestin a contracté avec les parties voisines des adhérences qui l'immobilisent dans une mauvaise position.

D. *Vices de conformation* de l'intestin. Imperforation complète ou incomplète.

Troisième catégorie. — L'étranglement résulte d'une constriction de l'intestin.

Les cas qu'on peut y faire rentrer se présentent toutes les fois qu'une anse intestinale s'est engagée soit dans une ouverture naturelle ou accidentelle, soit sous des brides intra-abdominales, soit dans des nœuds ou des diverticules des viscères abdominaux.

Le tableau suivant renferme, classés d'une façon méthodique, tous les agents de constriction qui peuvent donner lieu à cette variété d'étranglement.

Ouvertures	normale	hiatus de Winslow.
	accidentelles	hernies diaphragmatiques. hernies ischiatiques (1). ouv. et replis péritonéaux. ouv. de l'utérus ou des ligaments larges.

(1) Nous pourrions y ajouter certaines hernies inguinales profondes que la difficulté de l'examen ou le manque de commémoratifs a quelquefois fait méconnaître.

Brides et bandes	normales	trompe utérine. appendice cæcal. néo-membraneuses. celluleuses.
	anormales	fibreuses. épiploïques. mésentériques. intestinales. diverticulaires (divert. de l'int. grêle).

Quatrième catégorie. — L'étranglement résulte d'une compression de l'intestin.

Des tumeurs intra-abdominales ou des organes déplacés aplatissent les parois de l'intestin et, par conséquent, en diminuent plus ou moins le calibre. Ces tumeurs, dont l'énumération nous entraînerait trop loin, procèdent surtout des ganglions mésentériques, du pancréas, de l'ovaire, de l'utérus, du foie et du système osseux ; quant aux organes dont le déplacement a pu jusqu'à présent comprimer assez l'intestin pour produire des phénomènes d'étranglement, on ne cite que la rate (Pétrequin) et les reins (Wieger).

Cinquième catégorie. — L'étranglement résulte d'un rétrécissement ou d'une oblitération de l'intestin.

Dans les catégories qui précèdent, l'intestin est sain ; il n'en est plus de même dans celle-ci. Ici l'arrêt des matières est causé uniquement par des altérations développées dans les parois intestinales ; les plus fréquentes de ces altérations sont résumées dans le tableau suivant :

Hypertrophie du tissu musculaire.

Hypertrophie du tissu sous-muqueux.

Hypertrophie d'une valvule connivente.

Hypertrophie de la valvule iléo-cæcale.

Hémorrhagie interstitielle.

Dégénérescence cancéreuse.

Polypes intestinaux.

Rétrécissement atrophique à la suite de réduction de hernie.

Cicatrices à la suite d'ulcérations typhiques ou dysentériques.

Faux-étranglements.

I. SPASME DE L'INTESTIN.

Le spasme de l'intestin a été pendant longtemps considéré comme la cause unique de l'étranglement interne. Cette erreur disparut lorsque les examens nécroscopiques eurent montré aux observateurs des obstacles matériels au cours des matières, et comme il arrive souvent en pareil cas, le revirement dans les idées fut si complet qu'en 1857, M. le D^r Masson (1) disait dans sa thèse inaugurale : « Dans aucun des cas où la mort a suivi les symptômes de l'occlusion intestinale, il n'est arrivé qu'on n'ait pas rencontré à l'autopsie la cause mécanique qui avait dû produire ces symptômes. »

Malgaigne, dans son *Anatomie chirurgicale*, Trousseau, dans sa *Clinique médicale*, refusent d'admettre l'iléus spasmodique ; malgré toute l'autorité d'aussi grands noms, nous pensons qu'il est certains cas où l'on peut rencontrer une contracture de l'intestin assez forte et assez durable pour mettre obstacle d'une façon inquiétante au cours des matières. En outre, si comme l'a le premier démontré M. Henrot, l'altération en moins de la motilité intestinale peut être une cause d'étranglement, il nous semble logique que la perversion avec excès de cette contractilité puisse arriver par des chemins absolument différents à ce même résultat : la cessation de la fonction. Le cas se présente, il est vrai, fort rarement et la science n'en montre guère d'exemples que dans l'hystérie ; ici nous sommes heureux d'avoir pour nous la sanction de MM. Briquet et Axenfeld ; nous avons trouvé, dans le remarquable ouvrage du premier (2), deux observations de malades qui ont présenté plusieurs

(1) D^r O. Masson, Thèses de Paris, 1857, p. 24.

(2) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, p. 258 et 316.

des signes de l'étranglement (nous devons cependant ajouter que le diagnostic n'était point indécis, ce qui tenait bien plus aux circonstances concomitantes qu'à ces signes eux-mêmes). Plus loin, après avoir parlé de la *tension* et du *ballonnement* du ventre, des borborygmes, des éructations et des *nausées* que l'on remarque dans certaines formes d'hystérie, cet auteur ajoute (page 261) : « La constipation accompagne le plus ordinairement cet état, et cette constipation est souvent telle, que les lavements et les moyens ordinaires, dont on fait usage pour provoquer les selles, restent habituellement sans effet. »

M. Axenfeld (1), d'un autre côté, dit à propos des symptômes de l'hystérie non convulsive, qu'indépendamment des attaques convulsives où l'on trouve la motilité au maximum, « il ne manque pas chez les malades de désordres musculaires plus ou moins étendus. » Inutile d'ajouter que ces désordres peuvent se rencontrer aussi bien dans les muscles de la vie organique que dans ceux de la vie de relation.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure à l'existence d'un faux étranglement spasmodique.

II. PARALYSIES DE L'INTESTIN.

Nous empruntons ce qui suit à M. Henrot (2) :

« Le rôle de l'intestin, qui est pourvu d'un plan musculaire dans toute son étendue, ne doit donc pas être considéré dans l'état morbide comme un organe passif qui se contente de subir les conditions mécaniques qui lui sont imposées par un organe voisin, ou par l'introduction dans son intérieur d'un corps étranger. »

« Il vit de la même façon que les autres muscles, et, comme eux, il peut se paralyser, soit que son tissu contractile ait subi une modification anatomique qui rende cette contraction impossible ou incomplète, soit que celui-ci

(1) Axenfeld, *Névroses*, dans *Éléments de Pathologie* de A. P. Requin.

(2) Loc. cit., p 89.

subisse une action réflexe paralysante qui lui vient d'un organe voisin, soit enfin, que la paralysie tienne à une affection du centre cérébro spinal. »

De ces lignes qui sont la conclusion d'un grand nombre d'observations cliniques sagement discutées il résulte qu'on peut diviser les faux étranglements paralytiques de l'intestin en trois classes bien distinctes.

I. — *Paralysies de l'intestin produites par une altération de la tunique musculaire.*

Elles sont le plus souvent consécutives à une inflammation suraiguë du péritoine (péritonite par perforation de la vésicule ou de l'appendice cæcal, plus rarement spontanée), moins fréquemment à une congestion ou à un engouement de ces tuniques.

II. — *Paralysies de l'intestin produites par une action réflexe paralysante.*

Les symptômes d'occlusion y sont causés soit par des maladies d'organes étrangers au tube digestif (étranglement du testicule, de l'ovaire, de la vessie, tumeurs de l'aîne), soit par des affections des dépendances de ce tube, sans qu'on puisse cependant invoquer de cause mécanique (hernies de l'appendice cæcal, hernies graisseuses de la ligne blanche et de l'ombilic).

III. — *Paralysies nerveuses.*

Elles procèdent tantôt d'affections cérébrales (méningite, hystérie, hypochondrie), tantôt simplement d'une préoccupation vive de l'intelligence; nous ne pouvons sur ce dernier point résister au désir de citer les lignes suivantes de notre illustre compatriote Tissot (1) :

« L'ardeur du travail portée à l'excès, qui ne permet pas de prendre le temps de manger et boire, entraîne une

(1) Tissot, De la santé des gens de lettres, Ed. de Lausanne 1783, t. VIII, p. 97.

autre imprudence qui a aussi des suites fâcheuses et que je compte pour la huitième cause des maladies des gens de lettres, c'est la mauvaise habitude de retenir longtemps les urines et de différer d'aller à la selle : les excréments, trop longtemps retenus, se corrompent, irritent les intestins ou la vessie, en altèrent la substance muqueuse et y causent souvent de cruelles maladies. Les petits vaisseaux dont toutes les cavités du corps sont remplies, pompent des particules putrides qui passent dans le sang, le corrompent, et, ce qui est peut-être plus funeste encore, les nerfs cessent, après un certain temps, d'obéir à l'aiguillon du besoin, souvent même l'extrême tension les rend paralytiques ; alors la vessie et les intestins n'ont plus la force de chasser l'urine et les excréments, et l'art est obligé de les provoquer. »

DEUXIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT INTERNE.

I. DIAGNOSTIC GÉNÉRAL.

Envisagé d'une manière générale, le cortège des signes de l'étranglement est assez caractéristique pour qu'il arrive rarement à un praticien exercé de le méconnaître. En effet, tous ces signes réunis : la nature des vomissements, la constipation, le ballonnement de l'abdomen, etc., indiquent surabondamment que le cours des matières contenues dans l'intestin est interrompu. Il n'est cependant pas sans exemple que l'étranglement ait été pris pour d'autres affections, soit qu'après un examen imparfait on ait accordé une importance trop exclusive à un seul des symptômes présentés par le malade, soit parce que l'oblitération intestinale peut, comme toutes les maladies, se compliquer du caractère de la constitution médicale régnante. Nous pensons qu'il n'est pas dépourvu d'intérêt d'indiquer les résultats de nos recherches à ce sujet.

Choléra. Il peut facilement arriver pendant une épidémie de choléra, que l'attention de l'observateur soit détournée de la maladie locale par les phénomènes qu'il voit tout autour de lui, mais, comme le disait M. Broca à propos

d'une hernie étranglée méconnue dans le service de M. Louis en 1849, c'est bien plutôt à ces circonstances particulières, qu'aux signes communs aux deux maladies, qu'il faut attribuer l'erreur.

M. Vassor (1) et M. Savopoulo (2) rapportent plusieurs faits curieux d'étranglement interne pris pour des attaques de choléra. Plus récemment M. Réfrégé (3) a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude des symptômes cholériformes de l'étranglement intestinal. Il ressort de ces différents travaux et des observations qu'ils contiennent qu'un examen approfondi permettra toujours d'éviter l'erreur.

La constipation se présente parfois dans le choléra, cependant la suppression des garde-robes est le meilleur signe d'exclusion pour arriver au diagnostic. La nature des vomissements qui contractent une odeur fade et deviennent rapidement blancs et floconneux; l'examen du ventre qui est toujours plus ou moins rétracté; enfin l'étude du début de la maladie tant au point de vue des selles qui ont des caractères particuliers de fétidité et de coloration, qu'à celui de l'absence de douleurs abdominales localisées sont tout autant de circonstances qui différencient suffisamment les deux affections, surtout si dans l'examen du malade on a besoin de se prémunir contre les idées préconçues que l'épidémie suggère presque inévitablement.

Dysenterie. Dans l'étranglement par invagination, les coliques, comme nous le verrons, sont si fréquemment accompagnées de selles constituées par des mucosités sanguinolentes, que M. Cruveilhier (4) n'hésitait pas à donner ce dernier signe comme pathognomonique de l'intusussception. On comprend que cette particularité puisse faire croire à une dysenterie. M. Lailler (5) en signale un exemple

(1) Dr Vassor, Thèses de Paris, 1852.

(2) Dr Savopoulo, Thèses de Paris, 1854.

(3) Dr Réfrégé, Thèses de Paris, 1867.

(4) Cruveilhier, Traité d'anat. path., t. I, p. 529.

(5) Bull. de la Soc. anat., 1846.

frappant. En pareil cas, la palpation et la percussion attentives de l'abdomen y feront presque toujours reconnaître une tumeur mate, dure et résistante au toucher ; ce fait qui ne s'observe jamais dans la dysenterie suffira à en exclure l'idée.

Autres affections. Il nous paraît inutile de poser des éléments de diagnostic entre l'étranglement et les coliques hépatique ou néphrétique, ou les empoisonnements aigus ; nous n'avons pas trouvé d'exemples qui nous montrent qu'une erreur ait été commise ; cela ne pourrait d'ailleurs avoir lieu qu'après un examen très-superficiel ; l'état du ventre, la coloration de la peau, le siège si bien défini de la douleur résultant du passage d'un calcul dans les voies biliaires ou urinaires, l'examen de la bouche dans les empoisonnements aigus, enfin et surtout l'étude des antécédents ne permettent pas de s'y tromper.

Dans le chapitre que consacre Valleix (1) à la constipation (*alvus clausa*), il établit les signes diagnostiques qui la distinguent de l'étranglement interne et de l'invagination. Maintenant que la paralysie intestinale fait partie du cadre nosologique des affections de l'intestin, la constipation ne doit plus être considérée, ainsi que le faisait Valleix, comme une entité morbide, mais bien comme un symptôme qui se présente toutes les fois que le cours des matières est suspendu dans l'intestin, quelle que soit d'ailleurs la cause de cet arrêt. Cette constipation peut être absolue ou relative : nous étudierons la première en faisant l'histoire de chaque espèce d'étranglement ; quant à la seconde, si la rareté et la difficulté de la défécation sont toujours dues à un état physiologique particulier, soit diminution de l'influx nerveux, soit perversion dans l'absorption ou la sécrétion intestinales, il nous semble difficile d'établir une limite précise entre le pseudo-étranglement paralytique qui peut mettre en danger la vie du malade et simuler même un obstacle

(2) Valleix et Lorain, *Guide du méd. prat.*, t. IV, p. 90.

matériel et l'état d'un individu habituellement et depuis Ion temps constipé. C'est la même affection dans des phases différentes; dans le premier cas, il y a paralysie complète-absolue; dans le second il n'y a encore qu'atonie, parésie intestinale.

Cependant, si l'on n'avait de l'état antérieur du malade qu'une connaissance peu exacte, si le ballonnement était considérable ou bien encore si les matières fécales amoncées dans une partie de l'intestin pouvaient faire croire à un étranglement mécanique, on serait cependant bien vite rassuré par la persistance relative de la santé, par l'absence des violents symptômes qui accompagnent l'étranglement bien établi, enfin, par l'examen des formes et de la dimension de la tumeur abdominale. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question en faisant le diagnostic des diverses sortes de paralysies intestinales.

Les affections que nous venons de différencier de l'occlusion intestinale ne donneront lieu à des erreurs que dans des cas tout à fait exceptionnels; c'est à peine si la science en fournit quelques observations: aussi, si notre désir d'être le moins incomplet possible nous a engagé à en dire quelques mots, nous ne croyons cependant pas qu'il y ait intérêt à nous y arrêter.

Etranglement herniaire. — Ces réserves faites, supposons-nous maintenant en face d'un individu qui présente les signes bien constatés de l'arrêt du cours des matières intestinales; nous avons à nous demander tout d'abord s'il s'agit d'un étranglement herniaire. Cette question est aussi importante qu'intéressante; la fréquence et la variété des hernies, le siège profond et difficile à explorer de certaines d'entre elles, enfin la coexistence plusieurs fois observée d'un étranglement herniaire et d'une occlusion interne (1) sont

(1) A propos de cette coïncidence, on ne lira passans intérêt les observations suivantes, dont nous ne donnons que le résumé.

Le Dr Bryant cite le cas d'un homme qui portait depuis 25 ans une hernie inguinale droite; le 23 décembre 1866, symptômes
1870. — Larguier. 3

tout autant de circonstances qui donnent malheureusement lieu à des erreurs fréquentes. Nous regrettons, en présence de l'intérêt de cette question, qu'elle ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé. Mais bornant notre travail à l'étude de l'étranglement intra-abdominal dans toutes ses variétés, nous laissons de côté le diagnostic de ces dernières avec l'étranglement herniaire, nous contentant de répéter ici le principe important formulé par M. Broca (1) : « Toutes les fois que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étranglement, on devra pratiquer l'exploration minutieuse et répétée de toutes les régions dans lesquelles les hernies abdominales peuvent se présenter ; il faut, qu'on me passe l'expression, faire l'inventaire rigoureux du sujet, en explorant jusqu'aux sièges les plus insolites des hernies. »

Pénétré de ce principe et aidé des renseignements que le malade fournira presque toujours, on n'aura que peu de chances de se tromper.

Quant aux étranglements produits par d'anciens sacs d'étranglement herniaire avec cette particularité d'une douleur fixe à la droite de l'ombilic; paroxysmes très-douloureux. Le 31 décembre, le Dr Bryant diagnostique un double étranglement, herniaire et interne. Il opère la hernie et après avoir agrandi son incision, trouve dans l'abdomen une bride étranglant l'intestin ; il la divise avec des ciseaux. Le malade guérit de cette double opération. (Med. chir. Trans., vol. I, 1867, p. 65.)

Le même chirurgien pratique la herniotomie sur un malade qui meurt 4 jours après, sans que les symptômes s'amendent. A l'autopsie il y avait en outre un étranglement par constriction de l'intestin au moyen d'une bride iléo-mésentérique (loc. cit.).

Le Dr Cock opère 48 heures après son étranglement, une hernie inguinale ; 15 jours après les évacuations se faisaient par le rectum ; les symptômes d'étranglement reparaissent cependant ; le malade meurt en 8 jours et on trouve le jejunum comprimé par une bride fibreuse. (Guy's hospital reports, vol. XIV, 1868, p. 352.)

Velpeau rapporte deux cas analogues dans sa Médecine opératoire, t. IV, p. 221.

(1) Broca, De l'étranglement dans les hernies abdominales, et des affections qui peuvent le simuler.

déshabités rentrés dans l'abdomen et aux hernies profondes, inaccessibles à l'exploration directe (diaphragmatique, ischiatique, etc...), nous les avons classés dans les étranglements par constriction et nous en parlerons à ce propos.

II. DIAGNOSTIC SPÉCIAL.

Détermination de la nature de l'étranglement.

Lorsqu'il survient chez un individu des signes d'occlusion intestinale qu'on ne peut rapporter à aucune des causes que nous venons de passer en revue, il faut chercher s'ils sont dus à un obstacle mécanique ou à une cause dynamique, si l'on a affaire en un mot, à un *étranglement vrai* ou à un *faux-étranglement*. Chacune de ces formes réclame une méthode thérapeutique bien différente, à l'étranglement vrai on sera presque toujours conduit à opposer un traitement chirurgical; dans le faux-étranglement, au contraire, une médication interne sera surtout indiquée. D'un autre côté, si l'on parvient à rapporter les symptômes observés à l'une des nombreuses variétés constituant ces deux grandes divisions on établit du même coup les indications thérapeutiques : ainsi on hâtera l'occlusion spasmodique au moyen de médicaments appropriés (belladone, etc.) La paralysie inflammatoire réclamera les calmants et les antiphlogistiques, tandis que la paralysie nerveuse sera combattue par les stimulants. Il n'est pas moins important de savoir reconnaître chaque espèce d'étranglement vrai, car si l'on est contraint d'employer les moyens chirurgicaux, nous verrons que leur choix dépend tout aussi bien de la nature de l'obstacle que de son siège. Il n'est donc pas besoin d'insister sur l'importance et la nécessité d'un diagnostic différentiel exact.

Nous allons donc, suivant le plan que nous nous sommes tracé, tâcher de différencier les faux-étranglements d'avec les vrais, afin de pouvoir, une fois ce résultat obtenu, chercher les signes caractéristiques de chaque variété de ces derniers et en déduire les indications et les contre-indications des différentes méthodes opératoires.

Faux - étranglements.

I. SPASME DE L'INTESTIN.

Cette variété ne nous arrêtera pas longtemps; on ne trouve d'observations de contractions spasmodiques de l'intestin suffisantes pour simuler l'occlusion interne que dans des cas d'hystérie et les exemples en sont même fort rares. Nous ne saurions en effet, en présence de l'absence à peu près complète de faits de ce genre dans les statistiques françaises et étrangères, donner quelque crédit à celle de Brinton (1) qui sur 600 autopsies « d'obstruction intestinale », prétend avoir trouvé 102 faits d'occlusion par contraction spasmodique des parois de l'intestin. L'iléus spasmodique n'a généralement pas une terminaison fatale, en outre Brinton n'avait évidemment pas connaissance des différentes formes de paralysie intestinale, qui sont beaucoup plus fréquemment mortelles et auxquelles il faut à coup sûr rapporter en très-grande partie les 102 cas dont il fait mention.

Une observation fort intéressante de faux-étranglement spasmodique a été rapportée par le Dr Putégnat (2), nous en extrayons les passages suivants :

Obs. I. — « Une grande demoiselle, âgée de 21 ans, élevée dans le confortable, brune, aux formes peu accentuées, impressionnable, issue d'un père très-vif et sujet à de violentes migraines, et d'une mère qui a eu, étant demoiselle, quelques accidents hystériques; ayant eu une tante hystérique, ayant une cousine germaine, mariée, hystérique, est elle-même hystérique avec de graves accidents convulsifs. Elle présente aussi ce symptôme, signalé en 1842 par M. Andral : douleurs assez vives sous la pression et la percussion, au niveau de plusieurs vertèbres.

« Les principaux mouvements convulsifs qu'elle offre, sont un mouvement brusque et instantané, dont la patiente n'a point conscience, qui entraîne souvent vingt fois dans une minute la tête en

(1) Profess. W. Brinton, Intestinal obstruction, publié par le Dr Buzzard. Londres.

(2) E. Putégnat (de Lunéville), Sur l'occlusion intestinale, 21 observations. Paris, 1867.

arrière et à gauche, mouvement accompagné d'un rire sardonique et de l'élévation de l'épaule droite; un resserrement de la base du thorax avec hoquet causant une dyspnée, souvent inquiétante, caractérisée par le besoin de 5 ou 6 inspirations consécutives; enfin une dysphagie telle que la patiente, ne pouvant que fort peu avaler, est alimentée par des lavements de bouillon et de vin, maigrit considérablement et donne quelque inquiétude. Tous ces accidents s'aggravent encore à l'approche du mois, pendant le cours des règles et sous l'influence d'une contrariété même légère.

« C'est dans cet état, qui a résisté à un sage traitement hygiénique aux antispasmodiques les plus puissants et à l'hydrothérapie qu'elle se marie; elle devient enceinte promptement et les accidents hystériques, loin de diminuer en fréquence et en intensité, continuent jusqu'à l'accouchement. Celui-ci, arrivé à terme, a lieu sans accidents hystériques graves, mais l'enfant, d'une très chétive constitution, meurt au bout de quelques jours.

« Sous l'influence de l'impression morale que cause cette mort, les accidents hystériques s'aggravent de nouveau; à ceux habituels, énumérés ci-dessus, viennent se joindre les suivants, avec de l'exacerbation et de la rémission, souvent à des jours d'intervalle et quelquefois périodiquement: douleur subite, à droite, entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, s'aggravant par la pression sur la paroi abdominale, immédiatement tympanite, hoquets, nausées, vomiturations, puis vomissements du peu d'aliments pris, de bile, enfin de matières filantes, glaireuses, blanchâtres et parfois striées de sang vermeil. En même temps, arrêt complet de la sortie, par l'anus, des matières stercorales et des gaz; cris, agitation, frayeur, crainte de la mort, langue sèche et rouge, soif ardente, figure grippée, mais pas la moindre fièvre.

« Ces accidents, souvent de la durée de deux à trois jours, cessent immédiatement, ou diminuent considérablement dès que de nombreuses évacuations, d'abord endurcies, puis demi-liquides, accompagnées de gaz, sortent par l'anus. Les purgatifs, pris soit par la bouche, quand il y a possibilité, soit par le rectum, échouent complètement. Les évacuations par l'anus ne se montrent que sous l'influence de lavements antispasmodiques ou sous celle, soit de l'extrait de belladone, soit du sulfate neutre d'atropine pris par la bouche.

« Evidemment, cette jeune dame a eu des symptômes d'occlusion intestinale interne, conséquence d'une constriction spasmodique, hystériforme, d'une portion circulaire de la membrane musculaire de l'intestin.

On voit d'après ce qui précède que l'étranglement spasmodique ne sera pas difficile à reconnaître. Si la douleur subite de l'ombilic, les vomissements et la constipation absolue peuvent faire croire à une occlusion mécanique, on sera cependant rassuré par le peu de durée des accidents qui n'a jamais excédé trois jours, par les indications du pouls qui ne cesse pas d'être normal, enfin et surtout par l'état hystérique du malade. En outre le succès de la belladone et des antispasmodiques mettent sur la voie du diagnostic et dans ce cas-ci du moins confirment l'aphorisme : « Naturam morborum curationes ostendunt. »

II. PARALYSIES INFLAMMATOIRES.

Allérations de la tunique musculaire, consécutives à une inflammation du péritoine ou à une congestion des tuniques.

Les cas d'occlusion paralytique de l'intestin pouvant rentrer dans cette catégorie sont, comme nous l'avons indiqué plus haut, de natures différentes ; le plus souvent consécutifs à une inflammation suraiguë du péritoine, ils peuvent aussi, mais plus rarement, être liés à un simple état congestif de la tunique musculaire. M. Henrot croit devoir considérer comme des faits de paralysie intestinale, les cas où une péritonite chronique a produit des adhérences qui, en rattachant soit entre elles, soit aux parties voisines les anses de l'intestin, gênent ou abolissent le mouvement péristaltique et constituent par là une prédisposition plus ou moins puissante à l'engouement intestinal. Quoique dans ces cas l'ouverture de l'intestin ne soit en aucune façon rétrécie, quoiqu'il puisse souvent arriver, comme le démontrent les autopsies de péritonite chronique, qu'il n'y ait, par suite de ces adhérences, aucune flexion anormale de l'intestin, il nous semble que ces entraves, dans lesquelles la masse intestinale est alors englobée en partie ou en totalité, constituent un *obstacle mécanique* bien évident, auquel on peut et on doit attribuer les accidents d'occlusion interne. Nous y reviendrons donc plus loin.

Nous avons réuni 28 cas de paralysie inflammatoire de l'intestin ; ils se dénombrent ainsi :

8 cas de péritonite par perforation de la vésicule biliaire au moyen de calculs, (obs. 7 à 13 d'Henrot, obs. Denarié).

7 cas de péritonite par perforation de l'appendice cæcal (calculs, pépins de fruits, etc., obs. 14-20 Henrot).

2 cas de péritonite due à d'autres causes (Tillaux, Tripier).

1 cas de ramolissement inflammatoire aigu (Henrot).

5 cas d'engouement spontané de la tunique musculaire.

4 cas d'engouement des tuniques à la suite d'opérations herniaires (Gosselin, Simon, Henrot).

1 cas de stase sanguine dans l'épaisseur de l'intestin par trouble de la circulation porte (Henrot, obs. 30).

Le pseudo-étranglement paralytique **provenant d'une péritonite** se rencontre, on le voit, bien plus fréquemment que les autres paralysies inflammatoires. De quelle façon qu'on explique ces phénomènes d'occlusion qui se produisent en pareil cas ; soit qu'on pense avec M. Henrot (1) que l'irritation du péritoine, en impressionnant les centres nerveux ou les ganglions du grand sympathique réagisse par l'intermédiaire des nerfs moteurs sur les fibres musculaires de l'intestin et en détermine la paralysie, soit qu'on admette une modification dans les éléments anatomiques des parois du tube, il n'en est pas moins vrai que toutes les formes de péritonite n'ont pas la même action sur ces parois et que les péritonites suraiguës par perforation sont presque seules à produire des symptômes simulant l'étranglement vrai. Voici ce que dit à ce sujet M. Henrot (2).

« Au moment où les liquides arrivent dans le péritoine, celui-ci, subitement saisi et impressionné dans toute son étendue, réagit avec violence ; le ballonnement du ventre, la constipation apparaissent aussitôt. C'est dans ces cas que ces symptômes simulent de la façon la plus parfaite l'étranglement intestinal, et comme on n'est pas assez prévenu qu'une simple péritonite peut donner lieu subitement à ces phénomènes d'occlusion, il en résulte qu'on diagnostique

(1) Henrot, loc. cit., p. 73.

(2) Henrot, loc. cit., p. 16.

presque toujours un étranglement par cause mécanique, contre lequel on administre les drastiques les plus énergiques, espérant toujours vaincre la constipation. On comprend facilement combien, dans les cas qui nous occupent, une telle médication est désastreuse pour le malade; tous ces purgatifs, donnant de nouveaux coups de fouet à l'inflammation jusqu'à ce que celle-ci, ayant atteint son maximum d'intensité, le malade périsse autant par la faute du médecin que par la faute de la maladie.

« Toutes les péritonites par perforation ne simulent pas au même degré l'étranglement intestinal. Celles, par exemple, qui surviennent dans le cours d'une maladie du tube digestif dont le diagnostic a été fait, comme dans la fièvre typhoïde, sont rarement prises pour un étranglement, parce que le médecin est sur ses gardes; il sait l'intestin criblé d'ulcérations. Tout est prévu. »

On pressent combien il peut être parfois difficile de distinguer les deux affections, et on comprend quelle doit être la perplexité du chirurgien, en présence de l'opportunité possible d'une intervention chirurgicale. Pénétrés de l'importance de cette question, plusieurs auteurs ont insisté tout particulièrement sur les signes diagnostiques qui peuvent faire reconnaître le faux étranglement provenant d'une péritonite de l'étranglement vrai. Nous trouvons la plupart de ces signes résumés dans un article publié récemment par notre cher maître, M. le Dr Tillaux (1), nous en extrayons les lignes suivantes :

« Dans les deux cas, la *douleur* apparaît brusquement et plonge les malades dans une grande anxiété. Mais le caractère de la douleur ne se maintient pas de même dans les deux cas. Elle est spontanée dans l'étranglement; elle n'est que peu ou pas exagérée par la palpation ou la pression abdominale, ce qui n'a pas lieu dans la péritonite, où la douleur excessive tient une place si importante. »

« Les *vomissements* apparaissent dès le début dans les deux cas, mais ils sont porracés dans la péritonite, et con-

(1) Dr Tillaux, Bull. gén. de thérapeutique, avril 1870, p. 302.

servent ce caractère tout le temps de la maladie; ce n'est que très-exceptionnellement qu'ils deviennent fécaloïdes, et ce caractère n'apparaît qu'à la fin. Dans l'étranglement, les premiers vomissements peuvent être bilieux, mais ils deviennent très-vite fécaloïdes, beaucoup plus vite que dans la péritonite.

« La *constipation* est opiniâtre, absolue, à partir du début, dans l'étranglement interne; dans la péritonite aiguë, lorsque la constipation existe, il est bien rare que le malade n'ait pas rendu quelques selles à la suite des purgatifs employés. C'est sur ce point que le chirurgien doit surtout insister, car sa perplexité est grande lorsqu'il est dûment constaté qu'il n'y a pas eu de garde-robe depuis le début des accidents.

« Le *pouls* est fréquent, petit, serré, dans la péritonite, et cela dès le début; les phénomènes généraux prennent tout de suite une grande intensité. Ce n'est que vers la fin qu'apparaissent ces caractères dans l'étranglement interne, et encore ne sont-ils jamais aussi intenses que dans la péritonite, à moins que cette complication ne vienne s'y ajouter.

« Le *facies* du malade dans la péritonite aiguë est tout de suite profondément altéré; chacun le connaît. Cette altération est beaucoup moins prononcée dans l'étranglement, surtout au début. Je dirais volontiers que ces deux maladies, lorsqu'elles ne se compliquent pas l'une l'autre, ont une physionomie particulière qu'on saisit mieux au lit du malade que dans une description.

« Le *ventre est ballonné* dans les deux cas. Il l'est cependant davantage dans la péritonite. Ce n'est qu'à la fin que le ventre acquiert un volume semblable dans l'étranglement, mais alors les anses intestinales sont remplies de matières fécales, se dessinent sur la paroi du ventre et donnent à la percussion une certaine matité. »

Nous n'avons que peu de chose à ajouter à ce qui précède. En raison de l'apparition brusque des manifestations de la maladie, c'est surtout avec une constriction par brides qu'on pourra confondre la paralysie produite par la périto-

nite ; il faudra surtout donner une grande importance aux phénomènes généraux : en effet dans la péritonite, la sensibilité du ventre coïncide généralement dès son apparition avec un frisson et un mouvement fébrile plus ou moins marqué, la douleur se généralise aussi très-rapidement et ne reste que fort peu de temps bornée à un point de l'abdomen.

La rapidité du début, l'absence de tumeur, de selles sanguinolentes, d'alternatives de débâcles, feront distinguer la péritonite des autres formes de l'étranglement vrai.

Presque toujours la mort est le résultat de cette péritonite ; aussi en l'absence de certitude sur la cause des symptômes observés, le médecin doit faire son possible pour éviter au malade une opération douloureuse autant qu'inutile, et, pour cela, employer tous les moyens qui pourront le mettre sur la voie d'un diagnostic exact. Si les signes fournis par le malade sont insuffisants, peut-être y aurait-il lieu d'essayer la faradisation qui, si elle peut momentanément rétablir le cours des matières, indiquera sûrement qu'il n'y a pas d'obstacle mécanique à leur progression et que par conséquent, la gastrotomie ou l'entérotomie sont contre-indiquées. L'observation suivante (1), dont nous ne donnons qu'un résumé, vient prouver que le courant électrique peut fournir en pareil cas un élément de diagnostic.

Obs. II. — Symptômes d'étranglement intestinal. Mme M..., 30 ans, entre à Beaujon le 17 décembre 1861. Pas de selles depuis le 12 : faradisations dès son entrée à l'hôpital.

Rétablissement du cours des matières le 23. Morte le 26. A l'autopsie, pérityphlite suppurée et péritonite générale.

Nous avons vu qu'une simple congestion des tuniques de l'intestin peut donner lieu à des symptômes d'étranglement.

Lorsque l'engouement est spontané, les essais qu'on pourra faire d'applications de glace intus et extra tranquilliseront le médecin en amenant généralement la cessa-

(1) Dr Tripier, Gazette des hôpitaux, 1862, p. 336.

tion des accidents. Les trois observations suivantes en témoignent.

OBS. III. — Vomissements et constipation opiniâtre pendant plusieurs jours. Glace sur le ventre. Lavements glacés. Glace dans la bouche. Cessation des accidents. Guérison rapide et complète. (Henrot.)

OBS. IV. — Rétention des matières fécales et des vents. Vomissements pendant sept à dix jours. Traitement par la glace. Guérison. (Henrot).

OBS. V. — Homme de 50 ans, phénomènes subits d'occlusion Douleurs, constipation. Vomissements. Lavements froids amenant au bout de sept jours la cessation des accidents. (Union médicale, 1855.)

Lorsque après la réduction par le taxis d'une hernie étranglée, ou après le débridement de l'anneau, on voit persister les phénomènes d'étranglement, on peut invoquer pour expliquer cette persistance deux causes bien différentes : tantôt il se produit un rétrécissement cicatriciel au point où l'intestin était étranglé, tantôt l'intestin congestionné et trop longtemps distendu par des matières ou des gaz, a perdu plus ou moins totalement sa contractilité; ce dernier cas rentre dans la variété que nous étudions maintenant. M. Nélaton (1) rapporte avoir été plusieurs fois témoin de semblables accidents qui, dit-il, peuvent se manifester aussi après l'opération de l'anus contre nature. Prévenu de ces faits, on saura dans de semblables circonstances à quoi attribuer les phénomènes d'occlusion interne et on agira en conséquence.

Les oblitérations de la veine porte, quelle qu'en soit la cause, sont accompagnées d'un cortège de symptômes que nous n'avons pas à étudier ici. Dans les cas où elles ont déterminé des phénomènes d'étranglement, on peut voir que la distension énorme de l'abdomen et l'exagération du son tympanique de l'intestin sont des signes constants et qui

(1) Traité de path. externe, t. IV, p. 280.

ont une certaine valeur diagnostique. Les observations d'erreur à ce sujet sont d'ailleurs fort rares.

III. PARALYSIES RÉFLEXES.

On sait qu'il y a deux espèces d'actions réflexes : les unes produisant une contraction de la fibre musculaire, d'autres, au contraire, se manifestant par une paralysie ; ce sont les actions *réflexes d'arrêt*. A propos de ces dernières, M. Brown-Séquard (1), dans ses leçons sur les différentes formes de paraplégies, a démontré, et ce fait est généralement admis, que certaines paralysies des membres inférieurs dépendent d'une affection des parties voisines, étrangères aux centres nerveux (utérus, vessie, etc.), et disparaissent avec la maladie qui les avait produites. Pflugger (2) a obtenu l'arrêt des mouvements de l'intestin grêle en opérant une irritation mécanique de la peau de l'abdomen. On peut dès lors, et l'expérience de tous les jours en fournit de nombreux exemples, admettre un faux-étranglement par cause réflexe. Les affections qui peuvent y donner lieu sont fort variées.

Sur 18 cas de faux-étranglements réflexes que nous avons rassemblés, nous trouvons :

6 cas d'ectopie testiculaire (Curling, Valette, Henrot).

2 cas d'hydrocèle enflammée (Chassaignac, Dupuytren).

10 cas de tumeurs ou kystes des régions inguinale ou crurale (Tillaux, Henrot).

Dans ces circonstances, les accidents d'étranglement, sont presque toujours rapportés à un étranglement herniaire ; en tout cas, le diagnostic ne reste pas longtemps douteux, car le caractère le plus frappant de ce genre d'occlusion est de cesser rapidement lorsqu'une opération appropriée a fait disparaître la cause qui lui don-

(1) Brown-Séquard, Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs.

(2) Brown-Séquard, loc. cit., p. 44.

nait naissance, cause qui dans la majeure partie des cas est évidente pour le chirurgien. Ceci est heureux, car d'autre part les symptômes offrent une analogie frappante avec ceux de l'étranglement vrai : ainsi dans presque tous les cas que nous avons analysés, on voit les vomissements devenir franchement fécaloïdes et la constipation résister absolument aux purgatifs. La douleur présente cependant une particularité importante, c'est que, quoique s'irradiant dans tout l'abdomen, elle paraît cependant avoir son maximum d'intensité et comme son point de départ dans la partie lésée. C'est ce qui était bien manifeste chez un malade atteint d'une paralysie réflexe par suite de la suppuration d'un kyste inguinal droit et que nous avons eu l'occasion de voir cette année dans le service de M. Til-
laux.

L'ectopie testiculaire avec étranglement de la glande donne souvent lieu aux symptômes d'occlusion interne. M. Valette, professeur à l'Ecole de Lyon, a présenté à la Société de chirurgie de Paris une observation de ce genre que nous résumons ici pour donner une idée de l'ensemble des signes présentés en pareil cas par le malade.

Obs. VI. — X..., terrassier, 24 ans. Ascension du testicule droit dans l'aîne après un violent effort, le 22 février 1869. Douleurs violentes surtout à la région inguinale. Coliques, vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Ventre ballonné, douloureux à la pression. Alternatives d'amendement et d'exacerbation des symptômes jusqu'au 27 février. Ce jour-là, castration; cessation immédiate des signes d'occlusion. Exeat, guéri le 19 mars.

Nous avons vu cette année un exemple de ce genre dans le service de M. Laugier.

Voici quelle est en pareil cas la pathogénie des accidents d'occlusion. Il y a d'abord irritation des nerfs testiculaires à la suite du déplacement et de la compression de l'organe,

(1) L'observation détaillée se trouve publiée dans le *Bullet. de thérapeutique*, 15 mars 1870, p. 213.

(2) *Comptes-rendus de la Soc. de chir.*, séance du 28 avril 1869.

puis cette impression est transmise à la moelle qui réagit sur l'intestin par l'intermédiaire des fibres du grand sympathique; cette action paralysante du grand sympathique se produit aussi bien sur les fibres musculaires de l'intestin que sur ses vaisseaux et occasionne l'arrêt des matières alimentaires, les phénomènes d'étranglement et enfin la congestion.

Après avoir rapporté l'observation de son malade, M. Valette ajoutait qu'il est bon, en pareil cas, si l'on veut éviter une phlegmasie de la portion paralysée de l'intestin, de ne pas laisser longtemps les choses dans cet état. Le fait suivant que nous devons à l'obligeance de M. Tillaux démontre la vérité de cette assertion.

Obs. VII. — Demoiselle de 56 ans, atteinte depuis bien des années d'une tumeur de l'aîne droite. Velpeau, consulté jadis, avait diagnostiqué un kyste et proposé la ponction et l'injection iodée. Ce kyste s'enflamme il y a quinze jours, devient tendu, du volume du poing d'adulte, rouge, douloureux à la pression, et le même jour la malade vomit et a une garde-robe abondante. Cinq jours après, mêmes accidents locaux; constipation rebelle, mais ni hoquet ni vomissements. Etat général assez bon. M. Tillaux qui avait été appelé dans le courant de la maladie par M. le Dr Coffin, incise le kyste le huitième jour et trouve à la palpation, après l'écoulement du liquide, quelques saillies dures qu'il attribue à des indurations de la paroi. Aucun soulagement n'est obtenu. La question d'entérotomie était discutée, lorsque le treizième jour quelques gaz sortent par l'ouverture du kyste. M. Tillaux le fend alors dans toute son étendue et trouve une anse incomplète d'intestin au niveau de l'anneau inguinal externe, derrière la paroi du kyste, anse non perforée, mais suffisamment malade pour nécessiter l'établissement d'un anus contre nature immédiat.

Il n'entre pas dans notre plan de répéter ici comment un intestin non malade peut être assez influencé par une affection voisine pour réagir à son tour et donner lieu à des phénomènes d'étranglement; pour plus de développements, nous renvoyons à ce sujet au mémoire de M. Henrot et à

un article publié par M. Lefort dans la *Gazette hebdomadaire* (1).

En résumé, le faux étranglement réflexe apparaît à la suite d'une irritation locale d'un nerf sensitif, persiste aussi longtemps que cette irritation et disparaît pour ainsi dire en même temps qu'elle. Ce sont là des signes pathognomoniques suffisants pour établir le diagnostic qui se fera donc surtout par l'examen attentif et l'investigation scrupuleuse des différents organes contenus dans l'abdomen et des parties voisines que nous avons vu pouvoir donner lieu à la maladie.

IV. PARALYSIES NERVEUSES.

Par ses nombreuses connexions avec le système grand sympathique, le centre cérébro-spinal a aussi sa part d'influence dans les mouvements de l'intestin; c'est ainsi que les affections des méninges amènent une constipation opiniâtre qu'on retrouve augmentée de tympanite dans plusieurs maladies de la substance cérébrale.

Une vive impression morale, une préoccupation prolongée de l'intelligence peuvent avoir pour conséquence d'anesthésier complètement la muqueuse intestinale et d'amener l'intestin à un état d'inertie qui se traduit par les signes alarmants de l'étranglement interne; Tissot avait déjà signalé ce fait, M. Henrot en cite dans son mémoire deux cas fort intéressants; voici enfin une observation de ce genre où l'on a été jusqu'à appeler un chirurgien dans la prévision d'une intervention indispensable. M. Tillaux a bien voulu nous la communiquer, et nous en donnons un court résumé.

Obs. VIII. — Le 1^{er} janvier 185, M. X..., jeune homme de 25 ans; se disposait à quitter le séminaire de Saint Sulpice où il avait été ordonné prêtre cinq jours auparavant. En soulevant une malle contenant ses habits il éprouva subitement une douleur très-violente dans l'aîne droite. La marche devint impossible et l'on dut faire

(1) 17 février 1865.

prévenir de suite les médecins de l'établissement, MM. les D^{rs} Bucquoy et Vignolo; ces messieurs constatèrent l'existence d'une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite au niveau du canal inguinal; ils crurent à une hernie étranglée et demandèrent les conseils de M. Tillaux. Il faut ajouter que le malade était depuis longtemps constipé et qu'à partir du début des accidents, il éprouva des nausées et eut des vomissements bilieux; en outre l'abdomen était un peu ballonné.

Sans se rendre compte immédiatement de l'état exact de la maladie, M. Tillaux fut frappé de trouver libre l'orifice externe du canal inguinal et de ne rencontrer dans le scrotum qu'un seul testicule, le gauche; interrogé sur cette anomalie, le malade ne put donner aucun renseignement; il n'en soupçonnait pas l'existence. On songea à la possibilité d'une hernie interstitielle, et dans cette hypothèse le chloroforme ayant été administré, on pratiqua des tentatives modérées de taxis, mais sans aucun résultat. L'idée d'une accumulation possible de matières fécales dans le cæcum empêcha heureusement M. Tillaux de pratiquer une opération et lui fit administrer des purgatifs salins répétés à trois reprises. Le jeune homme ne tarda pas à rendre une quantité abondante de matières fécales sous la forme de masses dures, noires, arrondies, bosselées, que l'on pouvait comparer exactement à des truffes, boules tellement dures qu'elles résonnaient en tombant dans le vase. Immédiatement les symptômes s'amendèrent notablement, la tumeur disparut ainsi que la douleur et on put retrouver le testicule en état d'ectopie congénitale dans le canal inguinal; cette glande n'était ni tuméfiée, ni douloureuse.

On a conseillé un régime convenable, et depuis cette époque le malade, revenu très-rapidement à une santé parfaite, n'a jamais présenté de semblables accidents.

Ce fait est très-instructif. En effet, nous voyons un jeune homme jusque-là bien portant, qui venait d'être soumis aux fatigues physiques et morales qui précèdent l'ordination du prêtre. Il était depuis longtemps constipé, et d'après la nature des matières qui ont été évacuées, cette constipation devait remonter assez loin. Tout à coup, à la suite d'un effort, des phénomènes d'occlusion intestinale apparaissent subitement; ces phénomènes sont si graves qu'on croit à un étranglement herniaire. Ajoutons que ce jeune homme avait son testicule droit à l'anneau et que sous l'influence de l'effort,

le testicule pouvait s'être enflammé. La suite a démontré que la présence des matières fécales dans le cæcum distendu outre mesure était la cause unique des troubles qu'on ne peut pas attribuer à une inflammation produite autour de cet intestin par le séjour des matières, puisqu'à peine celles-ci évacuées, les accidents disparurent. Comment expliquer que des matières fécales endurcies séjournent pendant des semaines entières et peut-être plus dans le cæcum sans provoquer d'accidents et que ceux-ci éclatent enfin subitement; nous ne saurions le dire, mais il est évident pour nous que la cause de la distension de l'intestin est une paralysie de ce viscère survenue à la suite des fatigues physiques, morales et intellectuelles supportées par le malade. Une supersécrétion de la muqueuse intestinale, à la suite de troubles dans l'innervation, peut aussi, croyons-nous, mettre cette muqueuse dans un degré d'anesthésie complète. C'est du moins ce qui paraît ressortir du fait suivant rapporté par M. Guyot (1).

Obs. IX. — Malade soigné depuis plusieurs jours pour une angine pultacée. Symptômes d'étranglement interne. Expulsion d'une grande quantité de mucosités intestinales et retour à la santé.

Dans la discussion qui s'est élevée au sujet de ce malade, MM. Simon et Parrot ont rapporté les accidents à un trouble fonctionnel du plexus solaire.

On peut se convaincre par l'obs. 8 que le diagnostic de pareil cas n'est pas toujours facile; il reposera surtout sur l'absence des signes caractéristiques des diverses variétés d'étranglement vrai. Il faut prendre note dans les deux cas de la cessation spontanée des accidents; enfin, la connaissance exacte de l'état moral ou intellectuel du malade dans un cas pareil à l'obs. 8; le fait d'un état dyspeptique comme dans l'obs. 9 fourniront des indications plus ou moins précieuses.

Les paralytiques généraux présentent souvent comme phénomènes ultimes de la maladie une constipation opiniâtre

(1) Gaz. hebdomad. 1868, p. 218, Soc. méd. des hôp.

qui résiste à tous les moyens internes et une tympanite considérable qui finit par amener l'asphyxie du patient. Voici le résumé de deux observations que M. Denarié a recueillies pendant son séjour à Bicêtre (1).

Obs. X.—Ch. X..., paralytique général depuis deux ans, gâteux. Paralysie de la vessie. Pas de selles pendant neuf jours, malgré des purgatifs réitérés. Tympanite énorme. Mort le dixième jour. Rien à l'autopsie qui explique la rétention des matières.

Obs. XI. — Paralytique général. Gâteux. Paralysie de vessie. Diarrhée perpétuelle, puis constipation invincible pendant sept jours. Ballonnement et tympanite énormes. Vomissements fétides. Mort le huitième jour. Rien à l'autopsie pour expliquer les symptômes d'étranglement.

La moelle, aussi bien que l'encéphale, a une influence considérable sur la contractilité de l'intestin; les ataxiques sont presque toujours constipés et on en a vu présenter tous les symptômes de l'occlusion interne. L'observation suivante en témoigne.

Obs. XII. — Ataxique de 40 ans. Présente subitement des signes d'occlusion interne. Vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Constipation. Le pouls n'est pas celui de la péritonite. Mort en quatre jours. A l'autopsie on trouve seulement les lésions ordinaires de l'ataxie locomotrice (Henrot).

Il est facile de voir que dans ces dernières variétés de faux étranglement par paralysie nerveuse, le diagnostic repose bien plus sur les antécédents que sur l'état actuel. Quand on verra un individu atteint d'affection grave et chronique des centres nerveux présenter des signes d'étranglement précédés depuis longtemps de phénomènes de constipation et tympanite, on pourra presque à coup sûr en déduire immédiatement la cause. Cependant les signes fournis par le malade auront aussi leur importance : les vomissements, quand ils existent, ne sont presque jamais

(2) Denarié (de Thonon), Thèses de Paris, 1869.

fécaloïdes (nous essayerons plus loin de dire à quoi il faut l'attribuer) ; le ballonnement est général par suite de l'inertie des parois de toute la masse intestinale et atteint généralement un degré considérable ; il y a ordinairement coïncidence de paralysie de la vessie.

Tous ces phénomènes enfin, et c'est là un caractère qui a sa valeur, ne sont point accompagnés de réaction fébrile ; le poulx est petit, filiforme, à peine perceptible et le devient de moins en moins à mesure que la maladie approche de son mode de terminaison le plus ordinaire qui est la mort. La cessation de la nutrition et l'asphyxie résultant de la distension énorme des viscères abdominaux sont, en effet, deux causes qui conduisent d'autant plus sûrement à cette issue fatale que l'affection qui les a produites est dans la plupart des cas absolument incurable.

Etranglements vrais.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE DE CHAQUE VARIÉTÉ.

Nous avons, dans les pages précédentes, essayé d'indiquer les caractères par lesquels on pourra reconnaître les différentes variétés d'occlusion dynamique de l'intestin et les séparer des étranglements vrais. La partie du diagnostic qui nous reste à traiter est aussi difficile que délicate.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étranglement interne ont négligé ou tout au moins ont fort peu insisté sur les caractères propres à distinguer, chez le malade, des différentes causes de l'affection. Ceci s'explique du reste facilement. Les uns, partisans exclusifs de telle ou telle méthode chirurgicale, n'estimaient pas qu'il fut nécessaire de préciser ces diverses causes et d'en rechercher les manifestations caractéristiques, puisque quel que dût être le résultat de leurs investigations, l'indication du procédé opératoire n'en serait en rien modifiée.

D'autres médecins, et c'est le plus grand nombre, ont été découragés par l'uniformité de symptômes encore mal étu-

diés; c'est du moins ce qui ressort des différents écrits qui se sont succédés à ce sujet (1) pendant un long espace de temps. Cette uniformité est, croyons-nous, plus apparente que réelle et doit être attribuée à la façon défectueuse et incomplète dont se prenaient jadis les observations cliniques ainsi qu'aux lacunes qui existaient alors dans l'étude de l'anatomie pathologique et surtout de la pathogénie des différentes sortes d'étranglement.

Rokitansky en 1836 (2), B. Phillips en 1843 (3), furent les premiers à essayer de combler ces lacunes et à faire des étranglements une étude générale. En 1859, l'Académie de médecine mettait au concours la question suivante : Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent.

Deux mémoires lui furent présentés par MM. Duchaussoy (4) et Besnier (5); ces auteurs, en réunissant et analysant un fort grand nombre d'observations nécroscopiques d'étranglement interne, ont posé des bases qui sont d'un grand secours au clinicien pour l'élucidation de la question du diagnostic. C'est surtout à partir de ce moment que les différents observateurs ont reconnu la nécessité de noter les moindres symptômes et la marche exacte et détaillée des accidents, afin de pouvoir dégager d'une symptomatologie trop générale les particularités passées jusque-là inaperçues qui peuvent seules servir à établir un rapport de quelque valeur entre les phénomènes observés et la lésion locale.

La plupart des observations publiées depuis les travaux de MM. Duchaussoy et Besnier ont été de notre part l'objet d'une étude consciencieuse; c'est en rassemblant les indications statistiques de fréquence, d'âge ou de

(1) Velfe, Moehsen, Zwinger, V. Swieten, Schoder, Hévin, etc.

(2) Rokitansky, Sur les étranglements internes des intestins, méd., Jahrb. des œst. sc. 19^e vol.

(3) B. Phillips, Observation on intestinal obstructions depending on internal causes.

(4) Duchaussoy, Anat. path. des étranglements internes (Mém. de l'Acad. imp. de méd., t. XXIV).

(5) Besnier, Des étranglements internes de l'intestin.

sexe, en recherchant avec soin les antécédents, en comparant les caractères et le mode d'apparition des signes présentés par les différents malades, en recherchant enfin quels sont ceux de ces signes qui se sont présentés le plus souvent dans telle ou telle variété, que nous essayons de faire reconnaître chacune d'elles.

I. LES PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT RECONNAISSENT POUR CAUSE UNE OBSTRUCTION DE L'INTESTIN.

Nous avons réuni 38 cas d'étranglement par obstruction de l'intestin; ils se dénombrent de la façon suivante :

26 cas d'obstruction par des calculs biliaires (Fagge, Pye-Smith, Duchaussoy, 1863).

8 cas d'obstruction par des matières fécales (Putégnat, Penard, Louis Thomas).

3 cas d'obstruction par des corps étrangers (Krishaber, Margerie, Putégnat, Benoit).

2 cas d'obstruction par des vers intestinaux (Linoli, Halma-Grand).

Le diagnostic de toutes les variétés rentrant dans cette catégorie sera puissamment facilité par la connaissance des antécédents.

Lorsque l'obstruction est causée par des matières fécales, elle peut tenir à deux causes. Certains aliments, comme les raisins, les figues, les fruits à noyau, contiennent des parties inassimilables qui restent mélangées aux fèces, en augmentent le volume et probablement les rendent aussi moins aptes à prendre les différentes formes que tendent à leur imprimer les mouvements de l'intestin. D'autres fois, les aliments ingérés en trop grande quantité ne peuvent être digérés pendant le temps que le sujet a l'habitude de mettre entre les évacuations alvines; il reste alors après chaque évacuation une quantité plus ou moins considérable d'aliments en train de se convertir en fèces. Cette quantité s'augmente chaque jour et finit, en s'accumulant peu à peu dans le gros intestin, par constituer une série de bouchons qui produisent une occlusion absolument mécanique. Des cir-

constances telles que la parésie de l'intestin chez les vieillards, les paralytiques généraux, les convalescents de certaines affections graves (fièvres typhoïdes par ex.), et les rétrécissements de différentes natures, peuvent sans aucun doute aider à la formation de ces bouchons; mais ce n'est point de ces cas-là que nous entendons parler, on les trouvera mentionnés ailleurs; il n'est question ici que des obstructions survenues chez un sujet bien portant à la suite d'intempérance ou d'imprudences. Il faudra donc s'enquérir avec soin des circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie et interroger le malade sur la nature et la quantité des aliments qui ont été pris dans les derniers jours et même les dernières semaines avant le début des accidents. Il ne faut pas craindre d'être pressant dans ces questions, car il n'est pas rare de trouver dans les déjections après la guérison ou dans l'intestin après la mort des débris d'aliments ingérés fort longtemps auparavant (1).

Lorsqu'il s'agit de calculs biliaires, il se sera manifesté avant leur engagement dans l'intestin une série d'accidents dont le malade peut toujours rendre compte; ces signes prémonitoires existent souvent depuis longtemps et ont généralement une grande intensité.

Quand l'occlusion est causée par un paquet d'ascarides lombricoides, la connaissance des antécédents n'est pas moins précieuse; souvent les malades ont rendu de ces entozoaires soit dans leurs selles, soit comme Halma-Grand (2) et Linoli (3) en rapportent deux exemples, dans des vomissements.

Enfin si les accidents sont produits par un corps étranger introduit par hasard dans le tube digestif, le malade pourra ordinairement renseigner le médecin.

L'étiologie fournit moins d'éléments au diagnostic.

Sur vingt observations d'étranglements par des calculs biliaires, dont M. Duchaussoy a présenté le résumé au

(1) Dr Benoit, Thèses de Strasbourg, 1868, obs. III.

(2) Union médicale, 1856, p. 202.

(3) Giorn. d. R. Acad. med-ch. di Torino, 1854.

congrès médical de Rouen (1), quinze concernent des femmes ayant toutes dépassé 40 ans. Les recensements de M. Fagge (2) sont plus explicites encore; les 6 cas dont il fait mention se rapportent tous à des femmes ayant dépassé la soixantaine.

Les accidents d'occlusion causés par les ascarides, accidents d'ailleurs fort rares, n'ont été observés que pendant la jeunesse.

Si les notions précédentes sont fort utiles pour établir le diagnostic de la cause de l'occlusion, l'examen de l'état actuel peut, dans beaucoup de cas, venir le confirmer.

Le *ballonnement* de l'abdomen est plus ou moins considérable selon les circonstances et le siège de l'occlusion; il est beaucoup plus manifeste dans les occlusions par des matières fécales, des ascarides ou des concrétions intestinales, que dans celles qui résultent de corps étrangers ou de calculs biliaires. Dans ces derniers cas, l'intestin grêle est obstrué dans une partie plus ou moins grande de son trajet tandis que les premières causes agissent exclusivement sur le gros intestin (3). La distension de l'abdomen arrive alors graduellement et finit par être considérable. Lorsqu'elle est produite par des calculs biliaires, la tuméfaction occupe presque toujours les parties supérieures et est moins prononcée que dans les autres obstructions.

Presque toujours on constate la présence d'une *tumeur* de volume et de caractères variables. Quand elle est due à des amas de matières stercorales, elle sera perçue par la palpation, la sonde ou le toucher, suivant qu'elle occupe le cæcum, l'S iliaque ou le rectum. Ces tumeurs sont dures, bosselées, inégales, insensibles à la pression; malheureusement l'état de distension de l'abdomen empêche souvent de les reconnaître.

(1) 8^e séance. Gaz. hebdomadaire, 1863, p. 700.

(2) Guy's Hospital Reports, vol. XIV, p. 286.

(3) *Note.* Les ascarides ne peuvent vivre que dans l'intestin grêle et ne se réunissent en peloton assez volumineux pour produire des accidents d'occlusion que lorsqu'ils arrivent dans un organe qui, comme le gros intestin, ne leur offre plus de conditions d'existence.

La tumeur résultant d'un amas d'ascarides produirait, d'après le docteur Linoli, la sensation de mouvements vermiculaires.

Les corps étrangers accidentellement introduits dans l'intestin sont en général arrêtés par la valvule iléo-cæcale ; aussi, la tumeur à laquelle ils donnent lieu se trouverait-elle fréquemment dans la fosse iliaque droite. Au dire de M. Krishaber, ces corps étrangers manifestent d'ailleurs d'une façon rationnelle et caractéristique leur présence dans l'intestin par des contractions épileptiformes des muscles de la face. Voici le résumé d'une observation qu'il donne à l'appui de son assertion (1).

Obs. XIII.—Symptômes d'occlusion intestinale. Douleurs dans un point de l'abdomen situé à la partie médiane, à 2 centim. de l'ombilic. Vomissements incoercibles, fécaloïdes à la fin. Ventre douloureux, non ballonné. Mouvements réflexes épileptiformes, surtout des muscles de la face. Mort. — Autopsie : Amas de pépins de raisins et de noyaux de prunes arrêtés à 50 centim. au-dessus du caecum.

Les cas d'occlusion par des corps étrangers sont si rares que nous n'avons pu voir si ces phénomènes avaient été notés par d'autres observateurs ; il faut néanmoins en tenir compte.

M. Duchaussoy (2) admet qu'il est possible par la palpation de déplacer les calculs biliaires lorsqu'ils donnent lieu à une tumeur appréciable au toucher ; nous n'avons pas d'exemples de ce fait.

Quel que soit l'agent de l'obstruction, la constipation est absolue.

La douleur est le plus ordinairement violente, surtout lorsque l'obstruction est causée par des calculs biliaires ; dans ce dernier cas, elle s'exaspère au niveau du point obstrué. Il est, d'ailleurs, d'autres circonstances dans lesquelles elle paraît indiquer plus ou moins exactement le

(1) Soc. méd. d'émulation, séance du 2 nov. 1865.

(2) Congrès de Rouen.

siège de l'obstacle. L'observation XIII en montre un exemple.

Les *vomissements* ne présentent rien de caractéristique ; dans presque tous les cas dont nous avons eu connaissance, ils ont fini par devenir fécaloïdes. Rien à noter sur la *quantité d'urine* émise par le malade ; comme les vomissements, elle varie, ainsi que nous le verrons plus loin, selon le siège de l'obstacle.

Les concrétions intestinales peuvent donner lieu à des accidents d'étranglement, bien rarement, il est vrai, car sur 600 cas réunis par M. Duchaussoy (1), 9 seulement étaient dus à cette cause. Voici d'après le professeur Cloquet (2), les manifestations symptomatiques de ces concrétions :

« Douleur fixe, profonde, accompagnée quelquefois de sensations bizarres, telles que celle d'une boule remontant dans l'œsophage, d'un poids comprimant les viscères, etc. »

« Hoquet, vomissements muqueux et bilieux, selles diarrhéiques, séreuses, sanguinolentes, entraînant quelquefois des parcelles de corps étrangers, alternant avec une constipation opiniâtre. »

« Dans un certain nombre de cas, la palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur, variable en consistance, suivant la nature de la maladie, s'accompagnant le plus ordinairement d'une douleur locale. »

Lorsque de tels symptômes auront précédé les accidents d'occlusion, on saura à quoi attribuer ces derniers.

II. — LES PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT RECONNAISSENT POUR CAUSE UNE DISPOSITION ANORMALE ET ACCIDENTELLE DE L'INTESTIN.

On a vu que nous faisons rentrer dans cette catégorie les étranglements produits par les causes suivantes : invagination (intussusception), torsion (volvulus), flexions et adhérences, vices de conformation. Nous ne nous occuperons pas du tout de cette dernière variété ; en effet, si les vices de conformation consistent simplement

(1) Anat. pathol. des étranglements.

(2) Mémoire sur les concrétions intestinales.

dans la présence de diverticules ou d'appendices de l'intestin grêle, ils sont compatibles avec la santé la plus parfaite, et, s'ils donnent lieu à des accidents d'occlusion, ce sera en étranglant l'intestin nous aurons alors les signes de l'étranglement par constriction, et nous renvoyons à ce chapitre. Quant aux vices de conformation incompatibles avec l'existence, comme l'imperforation de l'anus, du rectum ou de l'intestin, le doigt ou la sonde sont là pour éclairer le diagnostic; nous croyons d'ailleurs que ni leurs symptômes, ni le traitement chirurgical qu'on peut leur appliquer ne rentrent dans le cadre de ce travail.

Nous avons réuni 28 cas rentrant dans cette catégorie :

13 invaginations (Dubois, Cambay, Duplessis, Fagge, Putegnat.)

6 torsions (Rembold, Maunder, Fagge.)

9 Flexions (Hilton, Reverdin, Fagge.)

A. *Invagination.*

Si nous avons été assez heureux pour faire admettre que les variétés d'étranglement vrai que nous venons d'étudier ont des signes caractéristiques par lesquels il sera souvent aisé de les distinguer, il ne nous sera pas difficile d'établir que l'on peut, dans la presque totalité des cas, reconnaître la présence d'une invagination.

De toutes les causes qui donnent lieu à des symptômes d'occlusion, celle-ci est une des plus fréquentes; elle en produit à elle seule près du tiers; c'est du moins ce qui ressort des statistiques de MM. Duchaussoy, Besnier, Brinton, Pollock et Phillips.

Les autres *circonstances étiologiques* ne fournissent, si l'on en excepte l'âge, aucun signe sérieux de présomption pour le diagnostic; l'invagination est surtout fréquente chez les enfants; aussi quand un de ces derniers présentera des signes d'étranglement, on devra penser à cette forme de l'affection. Rilliet (1), qui a recueilli quatorze cas d'intussusception chez des enfants, a noté que c'est dans la première année qu'elle se rencontre le plus fréquemment. Duchaussoy (2) a rassemblé 37 cas dont 31 sont au-dessous de 4 ans.

(1) Mémoire sur l'invagination chez les enfants. Paris, 1852.

(2) Anatomie path. des étr. internes.

Enfin, d'après les statistiques de Thompson, Duchaussoy, Rilliet, Brinton, l'invagination se rencontrerait environ trois fois plus fréquemment chez le sexe masculin.

L'étude des *antécédents* ne fournit guère d'indices bien précis. M. Besnier (1) pense que lorsque des accidents d'occlusion surviennent dans le cours d'une entérite ou d'une dysentérie, on devra soupçonner une invagination.

Les polypes et les vers intestinaux peuvent tous deux par un mécanisme qui se comprend facilement, amener une pareille pénétration de l'intestin dans sa propre cavité, mais il est impossible de tirer de ces faits exceptionnels un élément de diagnostic.

Burford (2) et Wieger (3) admettent que l'invagination de l'intestin peut succéder à l'abus des drastiques; on pourra supposer que l'occlusion provient d'une invagination lorsqu'elle succède à des coups violents portés sur le ventre; l'observation XIX en est un exemple.

Enfin, dans plusieurs des cas que nous avons recueillis, l'intussusception a succédé rapidement à un violent effort ou à une alimentation imprudente.

Obs. XIV. — J. H., garçon, 16 ans. Effort violent le 22 mai 1860. Entre à Guy's hospital le 23. Abdomen tuméfié et douloureux du côté droit. Pas d'évacuations. Peu de ballonnement. Mort le 1^{er} juin. Péritonite générale. Invagination de l'iléon (4).

Obs. XV. — R., garçon, 15 ans. Le 8 juillet 1860, mange une grande quantité de cerises avec les noyaux, pas de selles. Le 9, même quantité de noyaux est avalée, toujours pas de selles. Le 10, coliques ayant leur point de départ et leur summum d'intensité à l'ombilic. Ventre sensible. Vomissements. Le 13, vomissements féraloïdes, ventre encore plus sensible. Le 14, on constate une tumeur globuleuse à l'endroit du cæcum, cette tumeur s'allonge vers le côlon ascendant. Tympanite partout, sauf dans la direction du côlon ascendant et transverse où il y a matité. Le 17, cessation des vomissements. Le 18, le malade a plusieurs selles sanguino-

(1) Thèses de Paris, 1857, p. 26.

(2) The Lancett, 1840.

(3) Loc. cit.

(4) Fagge, loc. cit., 9^e obs.

lentes, et le 20 expulsion de 40 centimètres d'intestin grêle modifié (1).

On ne peut tirer aucune indication positive du mode de début, les accidents se manifestant tantôt d'une manière brusque, tantôt, au contraire, d'une façon lente et graduelle. Il est cependant à remarquer que lorsque l'invagination siège sur l'intestin grêle, le début est brusque et la maladie courte, tandis que dans les cas les plus fréquents, c'est-à-dire lorsque l'intussusception s'est produite dans le gros intestin, les accidents se développent moins rapidement et sont précédés d'alternatives de diarrhée et de constipation. Ici nous nous trouvons en désaccord formel avec M. Besnier (2); nos observations à ce sujet sont cependant concluantes, en outre ce fait peut s'expliquer par le raisonnement. Dans toute invagination, en effet, l'occlusion de l'intestin est longtemps incomplète; on comprend dès lors facilement que le gros intestin, en raison de son diamètre bien supérieur, reste perméable pendant un temps plus considérable que le petit intestin et donne lieu moins rapidement aux phénomènes d'étranglement. Il faut ajouter que le processus de l'invagination se compose, comme nous le verrons plus loin, de deux phases bien distinctes : dans la première, on constate une tumeur abdominale, mais les douleurs qu'elle occasionne sont intermittentes et il n'y a encore ni constipation, ni nausées; le deuxième temps de son évolution coïncide avec les accidents d'étranglement et le commencement de gangrène de la partie invaginée, phénomènes qui s'annoncent par la présence d'hémorrhagies, par la constance de la douleur et l'altération de la santé. Il semble naturel que cette seconde phase de la maladie se montre moins rapidement dans le gros intestin que dans le petit qui est soumis à des causes d'irritation plus nombreuses et qui, en raison de l'exiguité de son calibre, doit bien plus rapidement se mettre dans les conditions favorables au développement de la gangrène.

(1) D^r Dubois. Gaz. des Hôp. 1863, p. 298.

(2) Th. Paris, p. 26.

On voit, à part la question d'âge, de quel faible secours seront les indications qu'on peut tirer pour le diagnostic de l'étiologie et de l'étude des antécédents; il en est tout autrement de l'état actuel du malade qui va nous donner une collection de signes sur la valeur desquels il semble qu'il doive être difficile de se tromper.

Contrairement à ce que nous avons vu dans la catégorie précédente, le *ballonnement* est tardif et peu considérable. Cette circonstance tient à deux causes. En premier lieu, à l'oblitération incomplète de l'intestin qui laisse quelquefois pendant tout le cours de la maladie un passage étroit, il est vrai, mais suffisant pour la fuite des gaz; en second lieu, le fait qu'une portion souvent considérable du tube digestif s'est introduite dans une autre partie de ce même tube en diminue d'autant la capacité. L'espace où se développent les gaz étant ainsi amoindri, la distension de l'abdomen sera peu considérable.

Voici le résumé d'une observation dans laquelle on trouve tout le reste du gros intestin invaginé dans l'S iliaque et le rectum et où l'on n'a pas du tout observé de ballonnement.

Obs. XVI. — R., ancien soldat suisse au service du roi de Naples* Prétend avoir eu jadis dans cette ville une attaque de misérère. — Exposition au froid pendant la nuit du 6 avril 1868. Le 7, violentes coliques; le malade boit de l'eau-de-vie; exaspération notable des douleurs. Le 8, ténesme et évacuations abondantes, sanglantes, dans lesquelles nagent çà et là des flocons de matière fécale. Ventre souple, *sans ballonnement ni tension* nulle part. Sensibilité de la région iléo-cæcale où l'on ne découvre cependant aucune tumeur. Vomissements bilieux. Ces symptômes s'aggravent de jour en jour : selles séro-sanguinolentes avec ténesme; la fosse iliaque devient de plus en plus sensible jusqu'à ne pouvoir plus supporter la palpation. Vers le 15, le ventre commence à se météoriser. Le 16, apparaissent des vomissements fécaloïdes, le météorisme arrive à son comble, les selles se suppriment, le pouls est filiforme et très-rapide. Mort le 18. — Autopsie : Tout le cæcum et le côlon invaginé dans l'S iliaque et le rectum de façon à ce que la valvule peut être atteinte par le toucher rectal. Les parois en rapport de l'intestin invaginé étaient déjà soudées par l'exsudation fibrineuse du péritoine en-

flammé. Les muqueuses étaient le siège d'une congestion noire; avec le temps la gangrène de la portion invaginée s'en serait suivie. Tout le péritoine est le siège d'un épanchement séro-fibrineux (1).

Cette observation dans laquelle l'invagination est considérable, vient bien à l'appui de ce que nous disions plus haut, le météorisme qui survient quatre jours avant la mort étant évidemment le fait de la péritonite qui a emporté le malade et qui devait remonter au moins à ce terme, puisque la cavité du péritoine était le siège d'un épanchement fibrineux. La sensibilité dans la région iléo-cæcale s'explique facilement par le tiraillement de la fin de l'iléon et de son mésentère. Il est impossible qu'une intussusception d'une des moitiés du gros intestin dans l'autre, ne donne pas lieu à une tumeur, et à une tumeur considérable. Il n'en est pas fait mention; il est vrai que la fosse iliaque gauche, siège habituel de ces tumeurs, n'a pas été explorée. Si l'exagération des selles sanguinolentes et la douleur iléo-cæcale pouvaient détourner un instant l'attention, il nous semble cependant que les symptômes offerts par ce malade étaient des plus caractéristiques d'une invagination.

L'invagination se manifeste toujours par une *tumeur* intra-abdominale; ce signe est d'autant plus certain que le peu de ballonnement du ventre permet, dans la plupart des cas, de la sentir pour la palper; cette tumeur présente en outre des caractères qui manquent si rarement qu'ils sont en quelque sorte pathognomoniques.

Elle est appréciable, soit à la vue à travers les parois de l'abdomen, soit à la palpation et à la percussion qui produit un son mat, soit enfin au toucher rectal. Lorsque l'invagination s'est produite, comme c'est le cas le plus fréquent, dans le gros intestin, c'est généralement dans la fosse iliaque gauche qu'on trouvera la tumeur. Si c'est dans l'intestin grêle, son siège sera variable, selon la partie de l'intestin qui est invaginée; nous devons cependant ajouter que dans toutes les observations de cette variété que nous avons

(1) Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande. Juin 1868 p. 170
Drs Moehrlen et du Plessis.

recueillies, il correspondait à la partie droite de la région ombilicale ; il en est de même dans les obs. 9, 10, 11, du Dr Fagge, seuls cas d'intussusception du petit intestin qu'il ait observés, et dans l'obs. du Dr Cambay qu'on trouvera plus loin.

Le volume de ces tumeurs varie de la grosseur d'un œuf à celle d'une tête de fœtus, selon que l'invagination a lieu sur le petit ou le gros intestin. Leur forme affecte généralement celle d'un cylindre un peu incurvé.

Elles présentent, et c'est là leur caractère le plus distinctif, des mouvements de déplacement qui se produisent sans cause apparente d'un jour à l'autre ; ce fait avait déjà attiré l'attention de M. Bucquoy (1), et le Dr Fagge (2) le donne comme un excellent signe de diagnostic. Ces mouvements ont lieu de la partie droite de l'abdomen vers son côté gauche et amènent le plus souvent la tumeur dans la fosse iliaque de ce côté où elle reste alors stationnaire ; d'autres fois elle finit par occuper la région sous-pubienne et on peut à la fin de l'observation la sentir en pratiquant le toucher rectal. Ces déplacements ne se font pas d'une manière régulière, car ces tumeurs ont cela de particulier d'être, qu'on nous passe l'expression, fort capricieuses dans leurs évolutions à l'intérieur de l'abdomen ; mais si l'on en considère le résultat définitif, on verra toujours la tumeur finir par occuper une des deux places que nous indiquons.

L'observation suivante, qui a été publiée fort en détail, par M. Fagge (3), donne une idée exacte de la marche des accidents dans l'intussusception la plus ordinaire. Nous regrettons que les limites de ce travail nous obligent à n'en donner qu'un résumé.

Obs. XVII. Intussusception iléo-cæcale, douleur peu intense et tumeur abdominale ; pas d'autres signes pendant trois mois. Diagnostic établi sept jours avant les phénomènes d'étranglement. Mort en quatre jours.

(1) Bull. de la Soc. anat. 1853.

(2) Guy's hospit. rep., vol. xiv.

(3) Guy's réport., vol. xiv, p. 289.

W. B..., garçon de 5 ans. Cet enfant a été en butte à des violences de la part de la femme qui le garde. En mai 1868, il commence à ressentir des douleurs dans l'abdomen, on constate alors une tumeur contournée sur elle-même et occupant la région de l'hypo-chondre gauche. Une fois vomissements alimentaires contenant une ascaride. — Les évacuations alvines se font normalement, et ne présentent rien de caractéristique; cependant la tumeur persiste et l'enfant accusant toujours des douleurs intermittentes dans l'abdomen, on le place le 1^{er} juillet dans une des salles de l'hôpital de Guy.

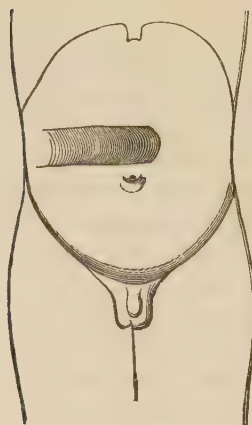


Fig. 1.

A son entrée, on constate que la tumeur occupe la position indiquée par le schéma ci-contre, elle peut du reste être déplacée par la palpation. Douleurs à l'ombilic. Le 3, la tumeur se trouve à gauche de l'ombilic.

Le 4, elle est centrale.

Le 7, la tumeur a disparu, on aperçoit une masse résistante sous les côtes du côté droit.

Le 8, nausées.

Le 9, la tumeur est évidente dans la région du côlon transverse où elle apparaît distinctement nodulée. Pendant ce temps l'enfant avait tous les deux jours une évacuation de matières naturelles;

le 9 cependant elles sont plus molles.

Le 10, la tumeur occupe les côlons transverse et ascendant, l'abdomen est un peu tympanisé. Un lavement avec la sonde amène un débâcle de matières noires après lesquelles un mieux sensible se produit. Peu de variations dans les symptômes jusqu'au 21; toujours des douleurs avec paroxysmes; tumeur variable, la palpation la fait souvent apparaître ou grossir.

Le 21, un peu de sang dans les selles, le Dr Fagge diagnostique l'intussusception. Dans la nuit, douleurs violentes. Langue sèche.

Le 22, la tumeur paraît double et composée d'une partie transversale et

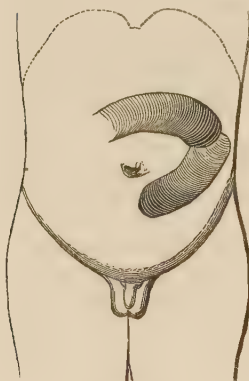


Fig. 2.

d'une seconde partie verticale moins volumineuse qui semble sortir de derrière la première, comme le montre le schéma n° 2.

Du 22 au 26 un mieux sensible ; les évacuations qui se font tous les jours, mais en très-petite quantité, ne contiennent que du mucus.

Le 27, nausées, vomissements verdâtres, chaleur, congestion de la face. Pouls à 110. Langue sèche. Pas de sommeil.

Le 28, selles sanglantes, écoulement constant de mucus sanguinolent par l'anus. Aggravation rapide de l'état général, vomissements verdâtres. Mort le 31.

Autopsie. Le schéma n° 3 montre l'aspect de l'intérieur de l'abdomen, au moment de l'ouverture de celui-ci. Invagination de la fin de l'iléon et du cæcum dans les côlons et l'S iliaque. Aucune diminution du calibre de l'intestin, et aucune trace de péritonite.

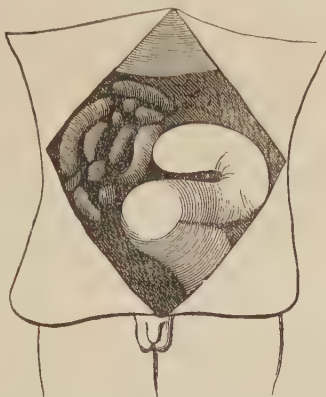


Fig. 3.

Ces déplacements s'observent aussi lorsque l'invagination siège seulement dans l'intestin grêle.

Obs. XVIII. Invagination du jéjunum déterminée par un polype de cette portion de l'intestin. Perforation. Péritonite.

X. Il y a trois ans constipation qui cède à des purgatifs répétés. 10 nov. 1860, coliques et constipation.

Le 21, débâcle.

Le 28, il entre à l'hôpital. Tumeur oblongue et résistante au dessus et un peu à droite de l'ombilic, douloureuse à la pression et se déplaçant d'un jour à l'autre.

Le 4, nouveaux vomissements fécaloïdes. Mort le 10 (1).

A côté de ces mouvements de progression, on en a remarqué d'autres. C'est ainsi que Wood (2) et Gasté (3) mentionnent deux cas où la tumeur paraissait de temps en temps soulevée dans sa totalité. M. Besnier, dans son mémoire, note aussi ce fait qui, ajoute-t-il, coïncide avec les crises de coliques.

(1) D. Cambry. Soc. de chir., séance du 16 janvier 1861.

(2) Archives gén., 2^e série, t. XII.

(3) Mém. Acad. méd., vol. III.

1870. — Larguier.

Phelan (1) a remarqué deux fois une sorte de mouvement vermiculaire.

Il ne faut pas accorder à ces exceptions plus d'importance que de raison ; la dernière surtout étant plutôt de nature à obscurcir le diagnostic qu'à l'éclaircir, puisqu'on a vu que les tumeurs produites par des ascariides offraient la même particularité. Il est vrai d'autre part que ces entozoaires sont parfois une cause d'invagination.

Si la tumeur que nous étudions est susceptible de changements dans la place qu'elle occupe, elle peut aussi en présenter dans sa forme. Tantôt elle s'allonge en s'amincissant, tantôt elle s'élargit notablement, elle paraît se dédoubler et d'autres fois ne peut plus être sentie par la palpation ; on a vu, dans l'obs. xvii, un exemple frappant de ces variations qui d'ailleurs coïncident avec les changements de place de la tumeur ; on aura pu, en même temps, remarquer que lorsqu'elle semblait avoir disparu, la palpation suffisait à la faire reparaitre, il semblait alors à l'observateur la sentir grossir sous sa main.

C'est ici le lieu de parler du signe diagnostique indiqué par Dance (2), et tiré de la forme particulière du ventre. D'après cet observateur « la fosse iliaque droite n'a plus sa rénitence normale, elle est très-dépressible ; du côté gauche au contraire, on remarque un relief plus ou moins considérable, et la palpation donne une sensation de dureté tout à fait insolite. »

A propos de ce signe, M. Bucquoy (3) dit fort judicieusement que sa valeur n'est réelle qu'autant que l'invagination s'est faite dans le gros intestin, aux dépens du cæcum. C'est, il faut le dire, le cas le plus ordinaire. Mais si l'intussusception est dans l'intestin grêle, la tumeur peut être aussi bien d'un côté que de l'autre.

Nous avons vu plus haut que la tumeur résultant d'une invagination peut précéder de longtemps les accidents d'occlusion, elle ne coïncide alors qu'avec des dou-

(1) Arch. gén., t. vii, p. 361, et Gaz. des hôp. 1840, p. 53.

(2) Répert. gén. d'anat. et de phys. pathol., 1826, p. 206.

(3) Recueil des trav. de la Soc. méd. d'obs., 1858, p. 202.

leurs intermittentes et de peu d'intensité, et n'est point encore accompagnée de la constipation, des nausées et des hémorrhagies qui caractérisent plus tard cette forme d'étranglement; c'est encore un caractère qui la distingue des tumeurs formées par un amas de fèces ou de corps étrangers. Ajoutons enfin qu'elle n'est point, comme ces dernières, insensible à la pression; sa sensibilité est au contraire si grande que, dans la plupart des cas, la palpation est fort difficilement supportée.

— En résumé, les caractères distinctifs et en quelque sorte pathognomoniques de la tumeur formée par une invagination intestinale, sont les variations de siège, de volume et d'aspect, que nous venons de passer en revue.

Comme la tumeur, la *douleur* précède aussi souvent de fort longtemps les accidents d'étranglement; elle est alors tout à fait intermittente et reste quelquefois plusieurs jours sans être sentie par le malade; il y a cependant à l'ordinaire un ou deux paroxysmes par jour, pendant lesquels celui-ci éprouve une sensation de torsion et de déchirement qui lui fait instinctivement fléchir le membre inférieur. Une fois que les accidents d'étranglement se manifestent, ces coliques s'exaspèrent notablement dans leur intensité, mais conservent néanmoins leur caractère spécial d'intermittence.

Elles varient selon le siège de l'invagination et sont plus vives lorsqu'elle est dans le gros intestin; dans ce cas, elles atteignent dès le début leur maximum d'intensité. Au contraire, si la lésion s'est faite dans l'intestin grêle, on voit le symptôme douleur augmenter graduellement pendant plusieurs jours; c'est surtout dans ces cas-là qu'on peut espérer la gangrène et l'évacuation de la partie invaginée. Voici le résumé d'une observation du Dr Hughes, qui rend assez bien compte de la marche de la douleur dans l'invagination la plus fréquente :

Obs. XIX. Garçon de 14 ans. Sept semaines avant son entrée à l'hôpital de Guy, il avait été exposé à un grand froid, à la suite duquel il avait ressenti pendant plusieurs heures des douleurs dans l'abdomen. Ces douleurs reparurent à des intervalles variables, souvent

deux fois par jour. Ces douleurs étaient assez violentes, et pour se soulager pendant leurs paroxysmes le jeune homme pressait avec ses mains sur son abdomen; il sentait alors des bosselures correspondant au point de la douleur.

Il entre le 27 fév. 1856. — Pas de tumeur appréciable.

Le 29, on en constate une dans l'hypochondre gauche. Ce jour-là évacuation contenant 3 lombrics.

A partir du 10 mars, les douleurs deviennent très-violentes.

Le 15, diarrhée dysentérique, selles constituées par du mucus sanguinolent sans aucun mélange de matières fécales. Les anses intestinales invaginées sont visibles dans la région iliaque gauche. Vomissements incessants bilieux et verdâtres. Cet état persiste jusqu'au 23 mars, le malade meurt avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. Invagination de la fin de l'iléon et du cæcum dans le côlon et l'S iliaque. Perforation de celle-ci. Péritonite (1).

La *constipation* n'est pour ainsi dire jamais absolue (2); on le comprend d'ailleurs facilement, puisque le calibre de l'intestin est rarement complètement obstrué et que la paralysie produite par l'inflammation de la portion invaginée ne se manifeste que tard. Les évacuations se font avec peine et occasionnent un ténésme violent et des épreintes douloureuses; elles sont généralement peu abondantes et constituées par un mucus fétide et sanguinolent. Ce dernier caractère ne manque jamais, d'après M. Cruveilhier; nous le retrouvons dans toutes nos observations. Il a fait cependant complètement défaut dans la curieuse observation d'invagination triple, présentée par M. Bucquoy, en 1858, à la Société médicale d'observation. C'est surtout dans une période avancée de la maladie que ces hémorrhagies sont le plus abondantes. Elles sont d'une haute importance dans le diagnostic de l'invagination chez les petits enfants (Rilliet).

Les *vomissements* sont le plus ordinairement bilieux, de couleur verdâtre, ils deviennent rarement fécaloïdes; nous essayerons plus loin de montrer que dans l'intussusception

(1) Guy's Hosp. Rep. 1868, p. 288.

(2) Sur 135 obs. recueillies par M. Duchaussoy, il ne s'en est trouvé que 40 dans lesquelles les selles aient été complètement supprimées.

les conditions nécessaires pour donner aux matières intestinales ce caractère fécaloïde ne sont généralement point remplies ; disons seulement ici que lorsque cette circonstance se présentera, on pourra en déduire que la lésion siège dans le petit intestin, et que l'arrêt du cours des matières est à peu près complet. C'est dans ces cas-là qu'on devra observer une constipation plus ou moins absolue ; on sait que ce sont les plus rares.

On a vu, dans certains cas, du sang dans les vomissements, parfois même en assez grande proportion ; si l'on a d'autre part la certitude d'une invagination, ce signe sera précieux pour en indiquer le siège qui sera alors très-haut dans le petit intestin.

B. Torsion.

Ce mode d'occlusion de l'intestin est des plus rares ; il présente cependant quelques particularités qui permettront d'éviter qu'on le confonde avec les autres étranglements.

M. Duchaussoy a remarqué une prédominance assez considérable du sexe masculin (16 sur 21) ; nos recherches ne confirment pas ce fait ; des quatre cas dont nous avons pu avoir connaissance, deux ont été observés sur des femmes.

L'étude des *antécédents* nous apprend que les malades ont souvent eu des attaques antérieures d'étranglement interne, consistant surtout en douleurs abdominales et en constipation opiniâtre, le plus ordinairement sans vomissements. Ces crises antérieures présentent quelques particularités dans leur mode de terminaison. Lorsque sous l'influence du traitement ou de quelque autre cause restée inconnue, la douleur abdominale qui les caractérisait spécialement vient à disparaître, on perçoit un gargouillement accompagné de mouvements intestinaux, bientôt suivis d'une abondante débâcle ; après la cessation de ces symptômes si douloureux les malades ressentent pendant plusieurs jours de suite une douleur obtuse en un point de l'abdomen et une prostration générale.

L'attaque actuelle qui donne lieu aux signes caractéristiques d'occlusion intestinale, ne diffère des précédentes

que par son plus grand degré d'acuité. Les accidents débute^tnt brusquement, sans cause appréciable, ce qui les différencie de ceux produits par l'invagination et que nous avons vus presque toujours précédés d'une tumeur et de douleurs abdominales.

Le *ballonnement* est rapide et considérable dans les points où on l'observe. D'après M. Gay (1), qui a bien examiné cette variété d'étranglement, le côté abdominal gauche serait fortement distendu et tympanisé. Ceci peut s'expliquer par le siège ordinaire de la torsion de l'intestin qui est l'S iliaque, c'est en tout cas un caractère qui peut faire préjuger du siège de l'étranglement, mais non de la cause.

On n'observe pas, comme dans l'invagination, de *tumeur* bien circonscrite, mais on constate qu'une partie des anses intestinales présente à la palpation et à la percussion une résistance anormale et une matité bien appréciable. Ceci provient sans doute de ce que le mouvement de torsion de l'intestin a pour effet d'appliquer ses parois l'une contre l'autre sur une étendue plus ou moins considérable au-dessus et au-dessous du point de l'étranglement ; cet accollement des parois chasse les gaz contenus dans cette partie du tube et il en résulte une matité plus ou moins grande sur toute la portion de l'intestin qui participe au mouvement de torsion imprimé à l'un de ses points. Cela explique encore pourquoi le ballonnement, quoique considérable, est généralement limité à une partie de la surface de l'abdomen ; en effet, comme les gaz sont chassés de la première portion de l'intestin qui se trouve au-dessus de l'étranglement, ils sont obligés de distendre d'autant plus fortement les anses qui les contiennent. Ce caractère particulier du ballonnement produit par la torsion, d'être considérable et rapide, mais limité à une plus ou moins grande surface de l'abdomen, nous paraît un signe assez probant de cette affection, surtout si l'on peut constater dans les points non ballonnés la résistance assez étendue et la matité dont nous avons parlé. Le ventre est sensible à la pression et présente presque

(1) Pathol. Transact. vol. x, p. 453.

toujours un point où la *douleur* est forte persistante; et ajoutons que dans plusieurs observations le point douloureux correspondait au siège précis de la lésion.

La *constipation* n'est ordinairement pas absolue; M. Gay a fait de cette persistance de la diarrhée un des signes presque constants de la torsion de l'intestin.

Les selles ne présentent pas alors l'aspect particulier qui les caractérisait dans l'invagination.

La lecture de plusieurs observations a pu nous convaincre que les *vomissements* étaient moins fréquents que dans les autres variétés d'étranglement et rarement fécaloïdes.

On trouvera plus loin une observation fort intéressante d'étranglement par torsion (page 99).

C. *Flexions et adhérences.*

« Lorsqu'une portion d'intestin, dit M. Besnier (1), a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la libre circulation des matières. Si à ces conditions défavorables viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées et plus ou moins multipliées de la portion d'intestin adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir considérable, complet, et amener la mort par lui-même. »

C'est des accidents de ce genre que nous entendons surtout parler ici.

M. Cossy, qui désigne ces cas sous le nom d'*engouement interne*, en rapporte plusieurs exemples intéressants.

Dans l'un d'eux, observé par M. Louis, l'intestin grêle adhérent à l'utérus formait, un peu au-dessus du cæcum, une espèce de Z; l'indicateur y pénétrait facilement, mais était bientôt arrêté par les changements de direction. Dans un autre cas, observé par M. Cossy lui-même, l'S iliaque du colon, adhérente à un utérus cancéreux, formait plusieurs coudes (1).

(1) Mémoire. Paris 1860.

(2) Travaux de la Soc. méd. d'observ., 3^e vol., 1856.

C'est encore à cette variété qu'il faut sans doute rapporter les seize cas décrits par M. Fagge sous le nom de « *contraction* (1). »

On conçoit que les accidents d'occlusion varieront dans leur intensité avec le degré de flexion des anses intestinales et suivant que l'obstacle au cours des matières apporté par cette disposition anormale de l'intestin sera plus ou moins considérable. En tous cas, il est rare que le calibre de celui-ci soit complètement obstrué ; c'est ce qui donne à cette forme d'étranglement une sorte de caractère chronique qui nous paraît être un excellent moyen pour la distinguer.

Les *antécédents*, lorsqu'on pourra les connaître, seront ici d'une grande ressource : presque toujours on y trouvera une péritonite, cause primitive des adhérences qui entravent les mouvements de l'intestin.

Les accidents, nous l'avons dit, sont remarquables par la lenteur de leur apparition et de leur marche ; voici, du reste, le résumé d'une observation due à M. Fagge (2), dans laquelle on pourra se rendre compte de leur physionomie spéciale.

Obs. XX. Obstruction chronique de la partie inférieure du petit intestin par des adhérences provenant d'une péritonite ancienne.

X..., jeune fille de 15 ans. Péritonite fin 1867. Dans le courant du mois de mai 1868, elle ressent des douleurs dans l'abdomen, douleurs qui paraissent se limiter à l'ombilic ; alternatives de dévoiement et de constipation. Vomissements bilieux presque tous les jours. A partir du 25, les aliments ne sont plus supportés, et le 26 des vomissements abondants et fécaloïdes décident la malade à entrer à Guy's hospital.

Le 28 mai. Grandes douleurs, surtout vers l'ombilic. Abdomen très-tendu, sensible, à travers la paroi duquel on voit les anses intestinales se dessiner distinctement ; on remarque que ces anses sont animées d'un mouvement analogue au mouvement péristaltique. Matité sur le parcours du gros intestin. Le Dr Birkett, appelé en consultation, propose la gastrotomie qui n'est point acceptée. 10 onces d'urine.

(1) Guy's Reports., t. XIV, p. 320.

(2) — p. 323.

Le 29. Ponction intestinale par M. Birkett, à 2 pouces au-dessous et à gauche de l'ombilic; sortie immédiate de gaz et de liquides; la canule est laissée à demeure. Comme rien ne sort plus, on y passe un fil de fer; la canule, un instant obstruée, laisse de nouveau sortir un fluide épais, brunâtre et qui ne cesse de couler. La malade se trouva très-soulagée, son expression devint moins anxieuse. Une heure et quart après la ponction, le liquide coulait encore. L'action péristaltique de l'intestin faisait osciller le tube, et ces oscillations furent la cause d'une douleur assez intense. On enleva alors la canule. Au bout de deux heures, on avait recueilli une pinte et demie de liquide. Le soir, vomissements brunâtres, mais sans odeur fécaloïde; la douleur est beaucoup diminuée.

Le 30. Nuit très-tranquille, peu de délire, pas de vomissements. p. 120; langue propre, humide. Abdomen dur, mais non distendu.

Le 31. Abdomen très-sensible, distendu, tympanique, sauf le gros intestin. Appétit toujours; pas d'évacuations alvines. Le soir vomissements pareils aux précédents. Sommeil.

Dans les jours qui suivent, l'état de la malade varie peu; l'abdomen est plutôt tendu, les douleurs intermittentes. Vomissements une fois par jour, en petite quantité, sans odeur fécaloïde. Urines difficiles.

Le 4 juin. Un lavement revient incolore avec 4 scybales d'un blanc jaunâtre.

Le 5. Urines faciles. Sommeil. Facies satisfaisant, p. 123. Lavement suivi de vents qui soulagent la malade.

Le 7. Pâleur subite. Faiblesse. Sensibilité de l'abdomen.

Le 8. Attaque subite de douleurs dans l'hypochondre droit, p. 140. Abattement considérable. Voix éteinte. Facies abdominal.

Le 12. Muguet. Abattement extrême. 2 scybales jaune pâle sont rendues après une douleur très-vive. — On sent le rectum distendu par des matières, et un lavement d'une pinte et demie de gruau, très-douloureusement supporté, amène plusieurs évacuations d'un jaune pâle, qui produisent un soulagement momentané.

Le 13. Sensibilité et tension moindres. Vomissements âcres.

Le 16. Purgation. Violente douleur à l'épigastre, défaillances. Mort le 17.

Autopsie. Péritonite généralisée. Tous les viscères abdominaux mis ensemble par du tissu connectif organisé, les cavités pleurales elles-mêmes sont remplies d'adhérences. Adhérence de l'iléon au bassin par le mésentère et inflexions vicieuses des anses ainsi fixées.

On a pu remarquer, en lisant cette observation, que les mouvements péristaltiques de l'intestin étaient visibles à travers les parois de l'abdomen ; on peut considérer ce fait comme une preuve de l'hypertrophie des tuniques de ce viscère, conséquence de la marche lente et chronique des accidents. C'est une particularité que nous retrouverons quelquefois dans les signes prémonitoires de l'étranglement par rétrécissement dont la marche est aussi en général plutôt lente.

La chronicité, dans la marche des accidents de cette variété d'occlusion imprime à leurs manifestations un caractère tout particulier de lenteur et d'intermittence. Leur acuité en est même diminuée et on ne voit plus ce ballonnement énorme, ces douleurs si intenses, ces vomissements incessants et pénibles qui caractérisent les formes aiguës d'étranglement.

Enfin l'état général des malades sera lui-même, réuni aux autres signes, un élément de diagnostic ; ces malheureux arrivent en effet à un état d'émaciation et de consommation que n'ont pas le temps d'atteindre ceux qui succombent à la suite d'une occlusion aiguë.

Ces inflexions vicieuses de l'intestin ne sont pas toujours dues à des adhérences provenant d'une ancienne péritonite ou de quelque autre maladie inflammatoire ; parfois elles sont consécutives à l'abus de drastiques violents ; d'autres fois elles sont en quelque sorte traumatiques. On peut lire à ce sujet dans l'*Union médicale* (1) une observation fort intéressante de M. Richet ; ce professeur, après avoir réduit par le taxis une hernie inguinale, vit survenir des phénomènes d'étranglement interne qui le décidèrent à pratiquer la gastrotomie ; il ne trouva point l'obstacle qui n'était pas ce qu'il avait supposé, et le malade mourut quatre jours après le début des accidents ; à l'autopsie on trouva le cæcum infléchi sur le côlon et s'opposant complètement au passage des matières intestinales.

La rapidité et la gravité d'accidents qui se manifestent

(1) 1865, p. 349.

ainsi brusquement rendent le diagnostic fort difficile; on pourrait même dire impossible, si l'on n'avait quelque raison de soupçonner leur nature par la connaissance des faits qui les ont précédés immédiatement.

III. — LES PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT RECONNAISSENT POUR CAUSE UNE CONSTRICTION DE L'INTESTIN.

Nous avons réuni 32 cas rentrant dans cette catégorie; ils se divisent de la façon suivante.

18 cas. Brides ou bandes de diverses natures (Fagge, Mony, Bundle, Martin, Gombault, Pintray).

7 cas. Diverticules de l'iléon (Soullier, Réfrégé, Fagge).

4 cas. Ouvertures péritonéales (Lorain, Putégnat, Gull, Penard).

3 cas. Hernies profondes Diagnostic indécis (Reverdin, Fagge).

Nous étudierons séparément les cas où l'occlusion est produite par une bride qui vient étrangler l'intestin et ceux où l'intestin s'étrangle lui-même dans une ouverture normale ou accidentelle prête à le recevoir.

A. Etranglements par brides normales ou anormales.

Les brides ou les bandes qui produisent à un moment donné (parfois sans cause appréciable et le plus souvent à la suite d'un effort violent, d'un écart de régime ou d'une indigestion) la constriction de l'intestin, peuvent être congénitales ou provenir d'une phlegmasie péritonéale. Dans les deux cas il sera donc utile de connaître les antécédents du malade afin de savoir s'il n'a pas déjà présenté des attaques antérieures caractérisées par des nausées, des vomissements et une constipation opiniâtre; on s'informerait aussi s'il n'a pas été atteint de péritonite. Nous avons déjà trouvé ces deux éléments de diagnostic dans les commémoratifs des étranglements par torsion et flexion, mais nous rappellerons que dans le premier cas les attaques antérieures avaient des caractères particuliers et que dans le second la marche

chronique des accidents empêchera toute confusion avec la variété que nous étudions maintenant.

La péritonite tuberculeuse peut aussi amener la formation de brides péritonéales ; la constatation de cette affection dans le passé pathologique d'un enfant qui présente des symptômes d'étranglement pourra être un élément de diagnostic. Nous donnons ici une observation d'un cas pareil ; intéressante d'abord à ce point de vue, elle l'est encore en montrant que survenant pendant une épidémie de choléra, l'occlusion intestinale peut, comme nous le disions plus haut (voir page), se compliquer de quelques-uns des caractères de cette affection. Ici le diagnostic a été un instant douteux entre l'étranglement et le choléra à sa période algide. Nous remercions M. le D^r Pintray, à l'extrême obligeance duquel nous devons ce fait intéressant.

Obs. XXI. (inédite) — Hôpital des Enfants malades, service de M. Labric, salle Saint-Jean, n^o 43. Obs. prise par M. Pintray, interne du service.

Aujourd'hui 16 octobre 1869, est entré un garçon, âgé de 8 ans et demi, demeurant, rue Montmartre. Habituellement bien portant, il vomit tout ce qu'il prend depuis le 10 octobre dernier. Les matières vomies sont bilieuses et ne contiennent aucune trace de grains riziformes.

Depuis cette époque aussi, il n'a pu aller à la garde-robe, malgré l'ingestion de purgatifs par la bouche et l'anus. Les selles n'étaient composées que des matières ou des liquides introduits sous forme de lavements. Cet enfant n'a éprouvé ni céphalalgie ni bourdonnement d'oreilles, ni épistaxis. Inappétence absolue, soif vive, vomissements incessants verdâtres (stercoraux ?) ; tels sont les renseignements fournis par la mère.

L'état du malade, un quart d'heure après son entrée, à 11 heures du matin : facies violacé, bleuâtre ; les yeux sont profondément enfoncés dans l'orbite ; la cornée a un aspect terne, louche ; les ailes du nez sont écartées, les narines ouvertes et dilatées ; la bouche, les dents, la langue ne sont pas fuligineuses ; la langue est sèche et blanchâtre ; la chaleur du visage et de la langue est diminuée. Amaigrissement peu considérable. Les extrémités, non œdématiées, sont froides et cyanosées. Pas de douleurs musculaires ; pas de crampes, pas de céphalalgie ni de bourdonnement d'oreilles ; l'in-

telligence est conservée; le malade répond avec lucidité aux questions qui lui sont posées. La peau est froide, couverte de sueurs glacées; le pouls est petit, filiforme, insensible. Il n'y a pas eu de vomissements depuis que le malade est à l'hôpital, ni d'évacuations alvines. On ne sait rien du côté de la miction. Respiration pénible, fréquente, anhélation, pas de toux ni d'expectoration. L'abdomen est énormément ballonné, distendu; les circonvolutions intestinales se dessinent à la surface; la palpation est douloureuse mais aucun point de l'abdomen n'offre un summum d'intensité à la douleur; sonorité partout, pas de taches rosées à sa surface. Le scrotum est petit, les anneaux inguinaux et cruraux sont libres; il ne paraît pas y avoir de hernie étranglée.

Prescription.— Large cataplasme laudanisé sur l'abdomen; boisson excitante, sinapismes, lavements purgatifs des peintres.

A deux heures et demie, mort subite après rejet par la bouche d'un liquide jaune.

Autopsie. Brides péritonéales tuberculeuses anciennes; l'intestin est criblé, comme le péritoine pariétal, de granulations miliaires tuberculeuses, et une bride s'enroule autour d'une anse d'intestin grêle, dans la dernière portion de l'iléon, près du cæcum, et étrangle complètement le tube digestif.

La pelvi-péritonite étant une maladie en quelque sorte spéciale aux femmes, il en résulte que celles-ci seront particulièrement disposées à cette forme d'étranglement. Nous avons recueilli plusieurs cas dans lesquels les phénomènes d'occlusion ont été provoqués par des brides consécutives à des péritonites puerpérales; on ne négligera donc pas, lorsqu'on verra une femme atteinte de ces accidents subits, de s'informer de l'état antérieur de l'utérus et de ses annexes. Voici le résumé de deux observations choisies entre plusieurs cas qui se sont présentés dans le service d'accouchements du professeur berlinois Martin (1).

Obs. XXII. — Paysanne de 40 ans. Accouchement laborieux en février 1849, hémorrhagie violente, périmérite. Symptômes de constriction intestinale en avril (douleur dans la région inguinale droite, ballonnement à droite, constipation absolue, vomissements fécaloïdes). Mort.

Autopsie : Brides iléo-cæcales de formation récente.

(1) *Monatssch. für Geburtsk.* juillet 1865.

Obs. XXIII. — W. B., 24 ans, accouchement le 22 janvier 1865. Péricérite; sort guérie le 4 mars.

Le 10 avril. Violentes coliques, ballonnement, ventre sensible à la pression. Vomissements fécaloïdes. Mort le 19. Autopsie : constriction de l'iléon (1 mètre) par une bride néo-membraneuse et une ouverture du mésentère.

Le début des accidents est caractéristique. Il a lieu brusquement, ordinairement au milieu de la santé la plus parfaite. Le premier symptôme accusé par le malade est une *douleur* souvent déchirante, qui se calme ou s'exaspère suivant certaines attitudes. Cette douleur est presque toujours plus intense au point du siège précis de la lésion et va s'irradier dans tout l'abdomen à mesure que la maladie se prolonge. Dans presque toutes les observations, ce point d'exagération de la douleur est situé dans la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, surtout à droite. Ce lieu d'élection s'explique par le siège de l'étranglement; celui-ci se produit en effet presque toujours sur l'intestin grêle, il est excessivement rare sur le gros intestin, que sa fixité empêche de se prêter aux déplacements qui pourraient favoriser son engagement sous quelque bride. Ce point fixe de la douleur est, comme nous le verrons plus loin, d'une grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale. Dans plusieurs observations l'autopsie a démontré que la lésion correspondait presque exactement au siège de la douleur initiale. Voici l'indication de quelques-unes d'entre elles.

Obs. XXIV. — Étranglement par bride péritonéale. Gastrotomie le 8^e jour.

E. F., garçon limonadier. Coliques depuis un an, parfois vomissements bilieux; entre le 20 octobre 1859 à l'Hôtel-Dieu (Grisolle).

21. Léger ballonnement. Constipation.

22. Douleur plus intense, surtout à l'épigastre.

23. Vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Ventre très-ballonné, surtout à la partie moyenne. Paroxysmes douloureux toutes les vingt minutes à gauche un peu au-dessous de l'ombilic.

24. Vomissements incessants. Matité circonscrite et empatement à gauche au-dessus de l'ombilic. Le ventre commence à être sensible à la pression.

25. Vomissements de plus en plus fécaloïdes. Douleur violente. Ventre très-sensible.

26. Aggravation. Altération des traits; pouls 126, petit.

27. Le diagnostic qui avait été fait *exactement* par Grisolle et M. Depaul, engage ce dernier à faire la gastrotomie. Le malade meurt le même jour de la péritonite qui avait commencé à se manifester le 24.

Autopsie : Constriction à l'endroit précis du siège de la douleur; l'obstacle avait d'ailleurs été trouvé à l'opération (1).

Obs. XXV. — G. X., homme, 45 ans. Entré à Guy le 4^{er} novembre 1868. Douleur violente, déchirante, au-dessus de l'ombilic. A partir du 4, vomissements fécaloïdes. Mort le 8. Autopsie : Bande épiploïque étranglant l'iléum à 11 pieds du cæcum, à l'endroit de la douleur. Intestin plein de matières fluides, fécaloïdes (2).

Obs. XXVI. — X. fillette de 10 ans. Symptômes le 4 août 1868. Douleur intense à l'ombilic, vomissements fécaloïdes. Péritonite. Mort le 13.

Autopsie : Bride allant de l'ombilic à la partie int. de l'iléon. (Fagge).

Obs. XXVII. — Douleur sur le milieu d'une ligne menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche; constriction par une bride épiploïque de l'intestin grêle (Besnier, 3^e obs.)

Obs. XXVIII. — Douleur dans la région cæcale; étranglement sous-cæcal de l'intestin grêle (Rieux, th. de Paris).

Obs. XXIV. Douleur à la région cæcale; étranglement par un diverticule de l'intestin grêle (*idem*).

La rapidité dans la marche des accidents et leur apparition au milieu d'une santé parfaite pourraient faire croire à un étranglement par obstruction, si le *ballonnement* de l'abdomen n'était pas notablement différent de ce qu'il est dans cette dernière forme de l'occlusion. Comme les autres symptômes, il se manifeste rapidement. Il est peu considérable et limité, d'après M. Parise, à la région sous-om-

(1) Thèses de Paris. D^r Mony. 1860.

(2) Fagge. Guy's reports, 1868. Obs. 65.

bilicale droite; c'est aussi l'opinion de M. Mony. Ce ballonnement varie d'ailleurs avec la longueur des anses intestinales situées au-dessus de la constriction. Au niveau de ces anses, la percussion produit un son plutôt mat, la rapidité dans la succession des accidents ne permettant pas un développement bien considérable de gaz. La palpation, d'ailleurs facilement supportée, donne lieu à une sensation d'empâtement et parfois même à une sorte de fluctuation bien manifeste; il résulte, en effet, des recherches de M. Duchaussoy, que, dans une grande partie des cas de constriction qu'il a analysés, le contenu de l'intestin au-dessus de l'étranglement était liquide. Il en est de même dans presque toutes nos observations et nous prenons note de ce fait qui nous servira à légitimer une opération trop rarement opposée, nous semble-t-il, à l'étranglement interne : la ponction de l'intestin.

D'après MM. Duchaussoy, Besnier, Fagge, l'étranglement par brides ou bandes ne donne jamais lieu à une *tumeur intra-abdominale*. En thèse générale, l'observation confirme leur assertion; on peut citer cependant des exceptions à cette règle, et le malade de M. Gombault, dont M. Tillaux rapporte l'intéressante observation dans le Bulletin de Thérap., du 15 avril 1870 en est un exemple.

Obs. XXX. — Chez ce malade qui a succombé à un étranglement de l'iléon par une bride fibreuse, on sentait au-dessus du pubis une tumeur volumineuse se prolongeant dans les fosses iliaques, tumeur d'ailleurs très-difficile à apprécier nettement. A l'autopsie on a trouvé dans le petit bassin et l'hypogastre une anse d'iléon remplie de matière fécales.

Cette exception s'explique ici par la présence de matières dures dans l'intestin, ce qui est, comme nous l'avons dit, un fait anormal. Ces deux exceptions, dont l'une n'est que la conséquence de l'autre, devaient forcément coïncider.

Chez un autre malade, mort de péritonite par épanchement, la tumeur provenait de ce qu'il s'était fait une extravasation sanguine dans la cavité de l'anse étranglée.

Obs. XXXI. — Tumeur du volume du poing, globuleuse, touchant à 2 cent. et demi au-dessus de l'ombilic, très-douloureuse à la pression. Un peu de tympanite. Vomissements fécaloïdes. — Mort le 3^e jour.

Diverticule de 10 centimètres, étranglant par un nœud complet 1,55 m. de l'intestin grêle. Exhalation sanguine dans la cavité du péritoine et dans celle des anses étranglées.

La *constipation* est absolue, opiniâtre, et persiste pendant tout le temps que durent les accidents d'étranglement; c'est, ce nous semble, une donnée positive, qui jointe aux autres caractères, sera précieuse pour distinguer cette sorte d'étranglement.

Les *vomissements* se font aussi remarquer par leur précocité, leur intensité et leur opiniâtreté; presque toujours fécaloïdes peu de temps après le début, ils indiquent par ces différents caractères aussi bien le genre de la lésion que son siège (voir page).

Ajoutons enfin que la maladie peut être encore caractérisée par la rapidité avec laquelle les accidents semblent conduire le malade vers une terminaison fatale. On comprend, en effet, que les douleurs intenses et les vomissements incessants auxquels il est en proie l'amènent rapidement à un état d'asthénie, dont la mort est le résultat inévitable, toutes les fois que l'intervention de l'art se fait attendre.

Tous ces signes que nous venons d'étudier, et qui caractérisent l'étranglement par des brides ou par des bandes d'origine inflammatoire, ne seront que peu modifiées lorsqu'il s'agira de diverticules congénitaux ou de l'appendice iléo-cæcal.

On soupçonnera ces dernières causes en l'absence de toutes circonstances capables de faire croire à l'existence de brides inflammatoires, c'est-à-dire en l'absence dans les antécédents d'indice de péritonite. En outre, l'étranglement par l'appendice localisera la douleur initiale vers la région iliaque droite, dans le point correspondant à cet appendice. Ces cas sont du reste comparativement fort rares.

Tels sont les symptômes pour ainsi dire constants de
1870. Larguier.

l'étranglement de l'intestin par des brides et des bandes de quelque nature qu'elles soient. Il est évident que, dans les cas malheureusement trop fréquents où la maladie a une durée fort courte, plusieurs d'entre eux pourront échapper à l'examen du praticien le plus sagace et le plus attentif. Néanmoins, l'irruption brusque et bien définie de l'affection, le collapsus dans lequel tombe le malade dès le début des accidents, l'acuité de la douleur généralement rapportée à l'ombilic, enfin certains signes négatifs : l'exploration attentive des orifices qui empêche d'admettre une hernie externe, l'absence des symptômes prémonitoires et des mouvements péristaltiques visibles, comme il s'en présente dans les étranglements dus aux rétrécissements ou aux adhérences et inflexions anormales de l'intestin, l'absence de la tumeur et des selles dysentériques propres à l'invagination ; tout cet ensemble d'indications a, nous semble-t-il, un caractère presque pathognomonique.

B. Etranglement à travers une ouverture (normale ou accidentelle).

Dans tous les cas où ces ouvertures consisteront en une déchirure du mésentère ou de l'épiploon dans laquelle viendra s'étrangler une anse intestinale, les signes offriront dans leur apparence et dans leur évolution une grande analogie avec ceux qui dépendent des causes que nous venons d'étudier en dernier lieu.

Nous ne nous arrêtons pas sur ces cas-là, dont les symptômes sont identiques avec ceux que nous venons de passer en revue et nous terminerons ce qui a trait à l'étranglement par constriction en disant quelques mots du diagnostic de certaines hernies qui peuvent donner lieu à des confusions.

Hernies diaphragmatiques. — Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Amédée Tardieu, ancien interne des hôpitaux, quelques notes sur le diagnostic de la hernie diaphragma-

tique, extraites d'une monographie encore inédite de cette rare affection. Nous les reproduisons textuellement.

« Établissons d'abord deux espèces bien nettes de hernie diaphragmatique accidentelle; une première espèce comprend des hernies généralement petites, se faisant par de petits orifices situés dans le diaphragme et remplis de graisses. Les viscères de l'abdomen repoussent ces petites masses graisseuses et font hernie dans la poitrine. Cette variété de hernie peut s'étrangler, et alors on a un étranglement qui ne doit pas et ne peut guère être distingué d'un étranglement interne.

« La seconde espèce de hernie diaphragmatique, la seule dont nous parlerons ici, se fait par une rupture brusque et quelquefois assez étendue du diaphragme. Cette espèce de hernie doit et peut être assez facilement distinguée de l'étranglement interne.

« En effet, la hernie dont nous parlons arrive d'ordinaire subitement, après une chute faite pendant la réplétion de l'estomac. L'étranglement interne arrive également à l'improviste, mais souvent sans cause immédiate bien évidente. Dans la hernie diaphragmatique, le ventre est affaissé, creux en son milieu; et ce fait trouve une explication facile dans le passage de l'estomac tout entier et parfois de la plus grande partie des viscères de l'abdomen dans la poitrine. Dans l'étranglement interne au contraire, le ventre est ballonné surtout dans sa moitié supérieure.

« Dans les deux affections on a des vomissements; mais tandis que dans l'étranglement interne on a des vomissements plus ou moins abondants, dans la hernie diaphragmatique on a plutôt des efforts incessants de vomissements sans matières. En outre, dans la hernie diaphragmatique il y a souvent de l'hématémèse, symptôme rare dans l'étranglement interne. Dans l'un et dans l'autre les boissons sont difficilement supportées, mais dans la hernie diaphragmatique cette difficulté peut aller jusqu'à l'impossibilité absolue de prendre quoi que ce soit.

« L'auscultation de la poitrine ne saurait laisser aucun doute sur l'origine de la maladie. En effet, dans l'étranglement

interne il n'y a rien de particulier dans la poitrine. Au contraire, dans la hernie diaphragmatique on trouve des signes très-nets : le plus souvent la hernie se fait du côté gauche; on a une matité parfois absolue de tout ce côté de la poitrine, absence de murmure respiratoire et gêne considérable de la respiration. En outre, le cœur lui-même est comprimé et l'on a par suite des palpitations avec douleurs de la région cardiaque. Il n'est pas rare d'entendre les bruits gazeux de l'estomac ou des intestins herniés. Le malade semble succomber aux efforts inutiles et incessants de vomissements, accompagnés d'une violente asphyxie.

« Il sera utile également pour le diagnostic de tenir compte des points douloureux indiqués par les malades dont l'intelligence est conservée dans les deux cas. Dans la hernie diaphragmatique le maximum de douleur est vers le diaphragme; dans l'étranglement interne, il est le plus souvent dans les hypochondres ou les aines.

« La hernie diaphragmatique n'est pas incompatible avec la vie; les accidents peuvent cesser ainsi que pour l'étranglement interne et le malade guérit; mais la hernie a, toutes choses égales d'ailleurs, une marche plus rapide. Nous nous rappelons avoir vu un malade succomber trente heures après l'accident qui occasionna sa hernie diaphragmatique. Une telle rapidité n'appartient guère à l'étranglement interne. »

Hernies crurale, obturatrice (sous-pubienne). — Ces deux espèces de hernies, et en particulier la seconde, peuvent par leur situation profonde, par le petit volume qu'elles occupent, passer inaperçues. Les accidents produits par leur étranglement ont été parfois rapportés à un étranglement interne; erreur d'autant plus regrettable que ces hernies sont justiciables en dernier ressort d'une opération réglée. Leur diagnostic a été traité avec détails dans l'excellente thèse de M. Vinson (1). Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Comme le plus ordinairement il n'existe pas de tumeur

(1) Thèses de Paris, 1844.

herniaire facilement appréciable à l'extérieur; comme, le plus ordinairement aussi, les malades n'accusent point une douleur fixe à la partie interne et supérieure de la cuisse, mais bien une douleur plus ou moins vive dans un ou plusieurs points de l'abdomen, il en résulte que le médecin est presque toujours porté à attribuer les accidents qu'on observe en de tels cas à un étranglement interne de l'intestin, produit soit par des brides épiploïques et cellulaires, soit par des adhérences de l'appendice cœcal, ou par des diverticulums, ou bien encore à un étranglement de l'intestin à travers l'épiploon, le mésentère ou même un autre organe déchiré, et cette erreur est quelquefois d'autant plus fâcheuse, que les malades déclarent avoir d'abord ressenti de la douleur dans la région ombilicale, dans la région lombaire ou dans toute autre partie de l'abdomen. Sous l'impression de ce renseignement, le médecin, après avoir examiné les points par lesquels se font ordinairement les hernies, l'ombilic, l'anneau inguinal et l'arcade crurale, n'apporte pas à l'examen de la région du trou obturateur toute l'attention désirable; et dans les cas où il a fait cet examen avec soin et sans résultat, il s'arrête le plus souvent à la détermination d'un étranglement interne, sans en rechercher le siège précis, sans tenter de découvrir s'il existe dans l'excavation du bassin et en particulier dans le canal sous-pubien. Peut-être pourrait-on, chez les vieillards dont la paroi antérieure du ventre a beaucoup de laxité, tirer quelque parti, pour découvrir le siège du mal, d'une pression exercée derrière le pubis, en y refoulant la peau et les muscles. Toutefois, d'autres étranglements dans le bassin, occasionnés par des brides cellulo-fibreuses, donneraient certainement lieu à des accidents tout à fait semblables à ceux de la hernie sous-pubienne étranglée. Dans ces cas difficiles, il ne faut négliger aucun mode d'exploration : on percute sur le plessimètre et comparativement les deux régions obturatrices, afin de s'assurer si l'une d'elles ne rend pas un son intestinal. Chez la femme, on essaiera d'explorer l'orifice interne du canal sous-pubien, en introduisant le doigt indicateur dans le vagin et en le dirigeant

sur les parties latérales de la vessie, préalablement vidée, vers la face postérieure du pubis. Chez l'homme, on tentera de faire la même exploration, en portant le doigt dans le rectum et le dirigeant vers la région obturatrice.»

Ces explorations pourront être facilitées par l'emploi des anesthésiques.

M. Vinson a réuni douze observations sous le titre de « cas de hernie sous-pubienne, pris pour des cas d'étranglement interne, ou bien soupçonnés pendant la vie et reconnus après la mort. » En analysant ces faits dans le but de savoir jusqu'à quel point s'est révélée pendant la vie la nature spéciale de la maladie, on trouve :

1° Une douleur violente au point du siège de la lésion 6 fois sur 12 ;

2° Un engourdissement ou une douleur quelquefois très-violente dans le membre correspondant au côté de la lésion, 4 fois.

C'est aussi un caractère de la hernie crurale. Elle peut produire l'engourdissement de la cuisse et une douleur, très-violente, sur le trajet des nerfs cruraux.

On lit dans une observation de hernie obturatrice de Lorinser (1), qu'en portant le doigt dans le vagin, on sentait, à la face postérieure du trou ovale, une tumeur un peu tendre, douloureuse à la pression, et impossible à déplacer. Les mouvements imprimés à la cuisse développent dans la tumeur des douleurs vives, qui descendent le long de la face interne du membre jusque vers le genou.

Dans une observation de B. Cooper (2), la douleur se faisait sentir d'abord dans le fond du pli de l'aîne, et de là s'étendait en bas, le long de la partie interne de la cuisse droite.

Sacs herniaires déshabités. — Hernies profondes méconnues pendant la vie. — On comprend combien, dans ces cas, le diagnostic sera difficile, c'est tout au plus si le siège de la douleur, la connaissance des commémoratifs pourront don-

(1) Gaz Hebd. 1857.

(2) Med. Times, 1853.

ner quelques indications. En tout cas, ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est qu'il faut faire une exploration minutieuse et attentive de tous les orifices abdominaux.

Notre excellent ami, M. J. Reverdin, un des membres les plus distingués du corps de l'internat, nous a communiqué à ce sujet les deux faits suivants. Le premier est relatif à un étranglement par le collet d'un ancien sac déshabité à peine engagé dans le canal inguinal, et dont rien dans les antécédents ne pouvait faire prévoir l'existence. Le second se rapporte à l'étranglement d'une hernie inguinale directe interstitielle; les signes locaux faisant presque défaut, le diagnostic, quoique posé par M. Reverdin et confirmé par M. Guyon, a cependant été quelque temps indécis.

Obs. XXXII (inédite). D..., 49 ans, charron, entré le 12 mai 1868 salle St-Raphaël lit n° 39, hôpital de la Pitié, service de M. Bernutz.

Cet homme dit n'avoir jamais été malade auparavant. En 1830, sous l'influence d'un violent effort, il sentit une douleur dans l'aîne droite, ou il apparut une grosseur du volume d'une noisette, et qui peu à peu acquit celui d'une noix; on lui dit que c'était une hernie inguinale, et on lui fit porter un bandage qu'il a gardé trois ans. Depuis six ans il n'en porte plus; sa hernie n'a pas augmenté, elle restait dehors toute la journée, et il la rentrait le soir. Jamais de douleurs, cependant de temps en temps, tous les mois, toutes les six semaines, il ressentait des douleurs dans sa hernie, il la rentrait et tout disparaissait; jamais il n'a eu de vomissements, ni d'arrêt des matières.

Il y a huit jours, dans l'après-midi, étant au travail il ressent des douleurs dans sa hernie qui était dure, tendue, elle ne pouvait pas rentrer; en même temps, il est pris de vomissements brunâtres très-fréquents; il allait à la selle sans difficultés. De plus il éprouvait des coliques très-vives; sommeil perdu, ce n'est que le vendredi ou samedi qu'il parvient à rentrer sa hernie, il fait passablement d'efforts et éprouve des douleurs vives au moment où elle rentre. Son ventre qui était ballonné dans les premiers jours cesse de l'être, et les coliques disparaissent, mais les vomissements brunâtres continuent. Il en rendait au moins trois ou quatre vases de nuit en un jour. Hoquet constant.

Etat actuel mardi: Douze h. à deux h. Langue humide, un peu jaune. Pas de céphalalgie, facies abdominal; yeux fortement

excavés; répond parfaitement, et dit ne souffrir nulle part. Le venter est aplati, non ballonné; indolore à la pression; on ne sent aucune tumeur; hernie inguinale peu volumineuse à droite, souple, indolore, rentrant facilement. P. 19. Peau un peu froide, hoquet constant. Vomissements brunâtres abondants venant sans efforts. Il a été hier à la selle, naturellement, mais peu abondamment, sans douleur. Pas de diarrhée. Lavement hier. Pas de selle aujourd'hui. Teinte subictérique des conjonctives.

Glace; cat. land.; huile de ricin, 30 gr. Après avoir pris de la glace, le malade cesse de vomir; cependant les vomissements fécaloïdes se reproduisent, mais moins fréquents, dans la nuit du 12 au 13. Pas de selle; pas d'urine, délire dans la nuit, mort à 7 h. du matin le 13 mai.

Autopsie le 14 mai à 10 h. du matin.

On n'examine que la cavité abdominale. Nulle part on ne trouve de traces de péritonite; pas de liquide ni de fausses membranes.

On aperçoit à l'ouverture de l'abdomen des anses intestinales appartenant à l'intestin grêle, fortement distendues, mais sur une longueur de 1 mètre 50 seulement à partir de l'origine du jéjunum; le duodénum et l'estomac sont également distendus. Toutes ces parties sont d'un brun foncé, et renferment un liquide brun très-fluide. Tout le reste de l'intestin grêle et le gros intestin, sont ratatinés, ce qui explique le peu de volume du ventre. La limite qui sépare ces deux parties du canal alimentaire, l'une distendue, l'autre revenue sur elle-même, correspond au siège de l'étranglement qui s'est fait à la région inguinale gauche. A droite il existe une hernie inguino-scrotale, à sac large, à collet large et libre, quelques anses intestinales ratatinées y sont engagées, mais s'en dégagent très-facilement; les anses ne présentent aucune lésion. L'épiploon n'est pas engagé.

A gauche au contraire, une anse intestinale incomplète se trouve pincée sur les 3/4 de sa circonférence par un collet parfaitement circulaire, qui présente la dimension du petit doigt à peu près; ces bords sont tranchants, indurés et paraissent formés par l'adossement de la séreuse à elle-même, et par l'adhérence des deux feuillets adossés. Au niveau du collet, il existe quelques adhérences péritonéales molles entre l'intestin et la séreuse du collet; celui-ci est situé immédiatement au-dessus et en dedans des éléments du cordon qui ne sont nullement dissociés.

L'artère épigastrique née en dehors, se contourne sous le cordon, puis sous le collet du sac pour remonter ensuite en dedans de lui.

L'artère ombilicale forme un cordon assez volumineux, dur et

tendu, qui descend obliquement et vient longer le bord interne du collet dont elle n'est distante que de quelques millimètres.

Si l'on sépare le péritoine qui revêt les muscles abdominaux, on arrive au collet et au sac, et on voit que ce sac ne paraît s'être engagé dans aucun orifice aponévrotique, mais que les viscères en faisant hernie se sont dirigés immédiatement en bas et un peu en dedans, entre le fascia transversalis et le péritoine. Le sac est du reste réuni aux parties voisines par de nombreuses adhérences celluluses.

La tumeur n'a pas un volume supérieur à celui d'une petite noix.

On a donc affaire à une hernie inguinale qui s'est produite au niveau de la fossette péritonéale externe.

Cette hernie n'est pas même interstitielle, puisqu'elle n'a pas franchi le fascia transversalis.

Elle est étranglée, et l'étranglement est dû au collet du sac; ce collet paraît organisé depuis longtemps, ainsi que le sac, puisqu'il y a épaississement au niveau du collet adhérent au niveau du sac.

On est donc porté à penser qu'on a affaire à un ancien sac déshabité, dont le collet s'est rétréci. Puis une anse s'y étant engagée s'est étranglée rapidement.

OBS. XXXIII (inédite). — La pièce a été présentée à la Société anatomique.

T. (Pierre-Jean), 54 ans, scieur de pierres. Entré le 9 octobre 1869 à l'hôpital Necker, service de M. Guyon, salle St-Paul, n° 3. Envoyé par un médecin de la ville avec le diagnostic : Hernie étranglée.

Voici l'histoire abrégée de ce malade : Depuis trois ans environ il avait une hernie inguinale gauche, survenue à la suite d'un effort, elle avait habituellement le volume d'un petit œuf de poule, rentrait facilement, et n'avait jamais donné lieu à aucun accident. Il y a trois mois seulement qu'il s'est décidé à porter un bandage, et il en a fait un usage très-peu régulier. Sa santé a toujours été bonne, sauf plusieurs fluxions de poitrine et la fièvre typhoïde. Il paraît fort et bien constitué.

Lundi matin à 8 heures il se rend aux lieux, et après avoir eu une selle ordinaire, il revient en courant, poussant des cris, se plaint de coliques atroces, et est pris de vomissements. Le malade n'avait fait aucun excès la veille, mais il n'avait pas mis son bandage le matin ; toutefois il examina aussitôt sa hernie et il constata qu'elle n'était pas sortie.

Les jours suivants les vomissements persistent, et se répètent très-fréquemment, le malade ne peut rien garder ; d'autre part il ne

rend par l'anus ni matières ni gaz, les lavements qu'on lui donne sont rendus intacts; le ventre se tend un peu, il est plus gros que d'habitude, et par moments il devient plus tendu. Ses coliques continuent. Enfin il entre à l'hôpital le jeudi 9 décembre, et s'y présente dans l'état suivant : Vomissements jaunâtres, légèrement brunâtres, très-fréquents; face un peu jaunâtre, facies très-légèrement grippé; langue sèche, voix presque éteinte. Pouls rapide, petit; peau naturelle. Le ventre est un peu volumineux, mais on ne trouve nulle part une tumeur herniaire. L'exploration des trajets inguinaux les montre larges et sans tumeurs; à gauche l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice profond est possible, mais très-douloureuse, il semble qu'il y ait profondément un peu plus de résistance que de l'autre côté.

Dans le ventre aucune tumeur, et pas de douleur à la pression; la fosse iliaque gauche est peut-être un peu plus résistante que la droite; le ventre gargouille sous la pression des doigts. M. Guyon vient voir le malade à cinq heures, l'examine sous le chloroforme, constate les mêmes signes, et tente alors par des pressions sur la fosse iliaque gauche et dirigées en haut de dégager une anse intestinale qu'il suppose pincée à l'orifice interne du canal inguinal gauche. Le malade se réveille, et on constate que l'exploration de l'aîne a cessé d'être douloureuse; l'aphonie est moins marquée.

Bandage, glace, opium 0,40 à cinq pilules d'heure en heure.

Le 10 déc. — Nuit mauvaise, coliques vives, vomissements fréquents, rendus sans efforts, couleur café au lait. Facies de même; pouls un peu meilleur, langue moins sèche. Ventre peu ballonné; l'épigastre est seul soulevé. Pas de douleurs à l'exploration du ventre et du canal inguinal.

Extr. théb. 0,30, eau de Seltz, glace intus et extra, électrisation.

A midi sa hernie sort, mais le malade la rentre aussitôt sans difficulté et sans douleur. Les vomissements cessent vers deux heures pas de coliques. Le soir pouls insensible; toujours pas de selles.

Le 11 déc. — Pouls petit, rapide. Pas de vomissements ni de douleurs cette nuit. Langue humide. Ventre indolore, pas de selles. (Même traitement). Le soir, le pouls est très-petit, presque insensible, la voix bonne, la langue humide. Pas de selles. Le malade a pris un bouillon sans le rendre.

A minuit on fait chercher l'interne de garde en lui disant que la hernie vient de sortir, mais il ne trouve aucune tumeur; le malade a été repris en même temps de vomissements répétés, d'une grande agitation, le pouls est insensible. Glace et opium. Mort le 12 décembre à 7 h. du matin.

Autopsie le 13 à 10 h. du matin.

A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve pas trace de péritonite ; une anse intestinale distendue occupe la région épigastrique ; à la partie inférieure de la paroi abdominale, tout près de la symphyse et du sommet de la vessie, on voit une anse intestinale engagée en partie seulement dans un anneau péritonéal ; le bord mésentérique de cette anse est libre ; en tirant par mégarde sur l'intestin, il se dégage brusquement ; on constate que la paroi de cet intestin est très-congestionnée, mais ne présente aucune trace de gangrène, ni de perforation : il n'y a pas même de sillon ; la partie pincée se reconnaît à la coloration plus foncée ; elle comprend les $\frac{3}{4}$ environ de la circonférence de l'intestin. Cette anse est située à 2 m. 07 au dessous de la valvule pylorique.

L'estomac est peu volumineux ; toute la partie de l'intestin grêle au-dessus de l'anse herniée est distendue par des gaz et un liquide grisâtre et la muqueuse est grisâtre, boursoufflée et ramollie. La portion inférieure de l'intestin grêle est au contraire très-revenue sur elle-même ; l'intestin a le volume d'une grosse plume d'oie, il ne contient qu'un peu de mucus ; muqueuse blanche.

Le gros intestin très-réduit de volume ne contient que fort peu de matières fécales, jaunâtres, épaisses, de consistance argileuse.

La hernie occupait un sac peu volumineux capable de recevoir à peu près une noix ; ce sac est placé tout près de la symphyse et descend un peu en bas ; en y introduisant un corps solide, on aperçoit alors du côté des téguments qui ont été disséqués, qu'on forme une saillie au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal ; le trajet est tout à fait direct. L'orifice ou collet est placé en-dedans de l'orifice profond du canal inguinal, en dedans de l'épigastrique, en dehors du cordon de l'artère ombilicale ; il est arrondi, son bord est tranchant ; il a la largeur d'une pièce de 20 centimes en argent ; on ne trouve sur son bord un peu épais aucune trace de stigmates ; on ne rencontre ni au collet ni dans le sac aucune trace d'adhérences non plus que sur l'anse herniée ; le sac ne renferme pas de liquide. Le sac est recouvert par la peau, l'aponévrose abdominale du grand oblique, les fibres musculaires des grand et petit obliques, et la fascia transversalis qui adhère à sa face antérieure. C'est une hernie directe intestitielle.

Les limites dans lesquelles nous renferme notre sujet ne nous permettent pas de nous arrêter plus longtemps sur ce point. Nous avons voulu simplement faire entrevoir que

dans un grand nombre de cas, sinon toujours, un examen plus minutieux que celui que l'on a coutume de faire mènera à la connaissance exacte de la nature de la maladie, connaissance bien importante, puisqu'une opération méthodique pourra sauver les jours du malade.

IV. — LES PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT RECONNAISSENT POUR CAUSE UNE COMPRESSION DE L'INTESTIN.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur cette classe d'étranglements. Leur cause généralement reconnue longtemps avant le début des accidents, en facilite le diagnostic. Leur rareté est d'ailleurs excessive.

M. Duchaussoy (*loc. cit.*) en a réuni 22 obs. sur 600. Les organes qui compriment l'intestin dans ces 22 cas sont la rate, le pancréas, l'utérus gravide ou affecté de tumeurs fibreuses, de kystes, certaines maladies des ovaires, des ligaments ronds, des ligaments larges, les phlegmons de la fosse iliaque, etc...

Nous n'en avons trouvé que 4 autres cas : kyste ovarique (D^r Gull, Dublin Med. Press., 6 mai 1863, p. 334), tumeur fibreuse de l'épiploon (D^r Tripier, Gaz. des Hôp. 1833, p. 334), tumeur cancroïde (D^r Trèves, Entérotomie, Soc. méd. prat. 1863.) utérus chargé du produit de la conception chez une femme à terme dont le diamètre sacro-pubien était de 6 cent. (D^r Putégnat, *loc. cit.*) Sans cette circonstance particulière, la grossesse ne saurait être une cause de compression de l'intestin; ce serait contraire aux lois physiologiques. Ceci prouve la rareté des cas rentrant dans cette catégorie, car combien sont rares les circonstances où l'abdomen renferme une tumeur plus considérable que l'utérus à terme).

Une compression de l'intestin assez forte et assez persistante pour en amener l'occlusion, peut être produite soit par l'hypertrophie ou le déplacement d'un des viscères de l'abdomen, soit par une production pathologique développée dans cette cavité ou dans le bassin. Tous ces agents donneront lieu à la formation d'une tumeur que le médecin ou le malade auront souvent depuis longtemps constatée, et qui

pourra d'ailleurs se manifester par d'autres signes que nous n'avons pas à étudier ici.

Le petit nombre de faits que nous avons pu recueillir ne nous permet pas de rien conclure des symptômes présentés par les malades qui ont succombé à cette cause d'occlusion ; tout au plus pourrait-on noter, dans certain cas, une constipation habituelle avant les accidents. Selon le siège de la tumeur, celle-ci pourra être susceptible de déplacements momentanés ; on observera alors des alternatives de constipation et de diarrhée (Duchaussoy).

Si la tumeur a un siège fixe, on pourra soupçonner quelle est la partie d'intestin comprimée ; ainsi on sait, par les travaux de Grisolle, que c'est le cæcum qui l'est le plus souvent dans les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Ce savant n'a du reste vu qu'une seule fois (sur 34 cas) une interruption assez complète dans le cours des fèces et des gaz pour amener les symptômes de l'iléus ; « cependant, dit-il, s'il existait du météorisme et des vomissements aqueux, on ne vit alors ni les accidents aigus, ni la marche rapide propres à l'étranglement interne ; il y avait plutôt engouement qu'un étranglement véritable ; la compression diminuant, on vit tout à coup se produire une débacle intestinale (1). »

Parfois une tumeur intra-abdominale peut exister sans être soupçonnée jusqu'au jour où elle produira les terribles accidents de l'étranglement. M. Trèves a rapporté à la Société médico-pratique un fait dans lequel l'occlusion a été provoquée par une tumeur cancroïde de la fosse iliaque droite et a exigé l'établissement d'un anus artificiel ; les accidents durèrent vingt jours, et jusqu'au dernier la tumeur, qui comprenait 30 cent. d'intestin grêle, échappa à l'investigation la plus scrupuleuse : le sujet n'avait aucune apparence cachectique. Il est évident qu'en pareil cas, sans aucune donnée pour établir le diagnostic, le médecin restera dans la plus fâcheuse perplexité.

Le plus grand nombre des moyens d'investigation ren-

(1) Grisolle, Arch. gén. de méd., 3^e série, t. IV.

dent les tumeurs intra-pelviennes plus faciles à constater. On explorera le vagin, le rectum, la vessie, les fosses iliaques, et cet examen attentif pourra fournir d'utiles indications.

V. — LES PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT RECONNAISSENT POUR CAUSE UN RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN.

Si les manifestations symptomatiques des étranglements dus à l'effacement de la cavité de l'intestin par une tumeur qui le comprime n'ont rien de caractéristique, et si le diagnostic doit en être fondé presque uniquement sur la connaissance de l'agent de la compression et des désordres antérieurs qu'il a pu produire, il n'en est plus de même ici, où nous sommes en présence de caractères bien tranchés qui donnent aux accidents consécutifs au rétrécissement de l'intestin, une physionomie toute particulière. Si on ajoute à ces éléments les données fournies par les commémoratifs, il sera presque toujours facile d'arriver à un diagnostic exact; les lésions sont en effet souvent connues depuis longtemps, et le médecin qui en suit les progrès prévoit une époque où elles donneront lieu à l'occlusion de l'intestin. Aussi pouvons-nous dire, d'une manière générale, que les étranglements par rétrécissement, sont les étranglements chroniques par excellence.

De toutes les variétés d'étranglement, celle-ci est une des plus communes (1), ce qu'on peut attribuer à la fréquence malheureusement si grande des lésions carcinomateuses du tube digestif. Le rétrécissement de l'intestin est, en effet, assez rare à l'état de simplicité, c'est-à-dire en l'absence d'une affection cancéreuse ou d'une ulcération tuberculeuse.

Quelle que soit d'ailleurs la cause, la connaissance des *antécédents* est ici de toute importance.

(1) Nous en avons recueilli une trentaine d'observations, dont une inédite que nous donnerons plus loin.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, M. Duchaussoy divise les entérosténoses en trois groupes distincts : rétrécissements cancéreux, inflammatoires ou cicatriciels, hypertrophiques ; nous conserverons cette division pour le diagnostic, ces trois espèces ayant des symptômes qui ne sont point absolument identiques.

Rétrécissements cancéreux. — Tous les auteurs s'accordent à dire (voir les statistiques de Fagge, Brinton, Duchaussoy), que les rétrécissements cancéreux sont beaucoup plus fréquents dans le rectum et l'S que dans les côlons ; en tout cas, ils sont fort rares dans l'iléon où, sur 22 cas, M. Fagge ne l'a trouvé qu'une seule fois.

Avant de produire des phénomènes d'occlusion, la lésion cancéreuse se manifeste par une série d'avertissements auxquels on ne peut guère se tromper. La constipation plus ou moins absolue n'arrive qu'après une longue période, pendant laquelle elle est fréquemment interrompue par des évacuations de matières diarrhéiques d'aspect et de caractères particuliers, ichoreuses et fétides, mais non sanglantes, comme dans l'étranglement par invagination. En outre, si elles contiennent des matières solides, celles-ci seront rubanées ou comme passées à la filière, selon la forme de l'ouverture qu'elles ont dû traverser ; cette particularité indique d'ailleurs que le rétrécissement siège dans le rectum, car sans cela ces matières auraient le temps de se déformer avant d'arriver à l'anus.

A mesure que la lésion fait des progrès, elle donne lieu à des attaques d'étranglement incomplet, qui sont chaque fois plus inquiétantes ; ces attaques ne commencent d'ailleurs que peu de temps avant le début des accidents d'occlusion complète. Ce fait les distinguera des attaques prémonitoires des étranglements cicatriciels qui peuvent avoir lieu pendant plusieurs années avant la crise véritable. Il semble que la cachexie cancéreuse devrait être manifeste à ce moment-là ; il n'en est cependant pas ainsi ; au dire de M. Fagge et de M. Duchaussoy, elle n'est généralement pas encore développée lors de l'étranglement.

La *distension* de l'abdomen est lente et graduelle; elle marche avec les progrès de la production pathologique jusqu'à ce que celle-ci, oblitérant complètement l'intestin, donne lieu à un ballonnement qui devient d'autant plus considérable, que le siège des rétrécissements est, comme nous l'avons vu, généralement placé dans le rectum, et qu'à la distension produite par l'occlusion s'ajoute celle qui est due à l'atonie d'un intestin depuis longtemps malade.

Presque toujours il existe une *tumeur*, non plus développée brusquement comme dans l'obstruction, non plus avec les caractères particuliers de celle de l'invagination, mais diagnostiquée et reconnue depuis un temps plus ou moins long, et souvent accessible au toucher rectal. M. Maunder (1) dit avoir presque toujours reconnu les rétrécissements cancéreux du rectum par ce moyen, et il conseille, quand le doigt est insuffisant, de chloroformer le malade et d'introduire la main tout entière dans l'anus; nous mentionnons ce procédé, que pour notre part nous n'oserions pas employer.

La *douleur* est généralement peu considérable quand elle existe; on a pu remarquer qu'elle correspondait au siège du rétrécissement. Si celui-ci occupe le rectum, le malade accusera un sentiment de pesanteur dans le périnée, et la vessie comprimée par la tumeur évacuera difficilement les urines.

Les *vomissements* sont tardifs, parfois fécaloïdes à la fin. Enfin, on ne remarque pas ce collapsus si grave et si subit qui caractérise les formes aiguës d'étranglement; le malade meurt plutôt épuisé et semble s'éteindre petit à petit.

Rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels. — La connaissance, dans les antécédents du malade, d'une fièvre typhoïde, d'une entérite simple ou tuberculeuse, de hernies anciennes opérées par le taxis ou le débridement, enfin de plaies ou de contusions de l'intestin, peut faire soupçonner

(1) Guy's Hosp. Rep., t. XIV, p. 318.

que c'est à ce genre de rétrécissement que l'on a affaire. En outre, depuis l'époque où le malade a été soumis aux causes qui produisent cette diminution progressive du calibre de l'intestin, on le voit être de temps en temps sujet à des attaques incomplètes d'étranglement intestinal; ces attaques peuvent précéder de longtemps les accidents complets. Dans une observation qu'on lira plus loin, et où les antécédents sont rapportés avec détail, on voit que le malade était soumis depuis vingt ans à des troubles digestifs annuels, consistant en une constipation relative pendant un mois.

Cette espèce d'étranglement semble atteindre de préférence les femmes jeunes; sur 16 cas réunis par M. Duchaussoy, onze appartiennent à des femmes de moins de trente ans.

Les lésions occupent généralement l'intestin grêle et sont souvent multipliées, ce qui se comprend facilement, puisque le rétrécissement provient d'ulcérations qui sont rarement uniques; on voit déjà que les circonstances seront défavorables à l'établissement d'un anus artificiel.

On n'observe jamais de *tumeur* intra-abdominale. Le *ballonnement*, comme dans les cas où l'intestin grêle est le siège de l'obstacle, commence à l'ombilic pour gagner peu à peu toute la surface de l'abdomen. Ainsi que dans le le rétrécissement cancéreux, cette distension est lente et graduelle.

Si les rétrécissements sont syphilitiques, ils occupent plutôt le rectum; M. le professeur Gosselin (1) en a rapporté plusieurs exemples. Dans ces cas, les lésions occupaient : les unes, l'anus; les autres, la portion sphinctérienne; les autres, la portion ampullaire. A l'anus, il restait le plus souvent une hypertrophie de l'épiderme et des papilles (condylomes), sortes de prolongements fibroïdes plus ou moins volumineux. La muqueuse, au niveau du sphincter, était rouge et boursoufflée, mamelonnée, avec des ulcérations ou des cicatrices. Au-dessus du sphincter était

(1) Gosselin, Arch. de méd., 5^e série, t. IV, p. 666.

1870. — Languier.

le rétrécissement proprement dit, formé par un tissu dur, inextensible, au niveau duquel le rétrécissement était tel qu'il ne pouvait donner passage au doigt indicateur.

M. Gosselin n'a jamais vu de rétrécissement syphilitique suffisant pour s'opposer complètement au passage des matières fécales. Les symptômes sont : difficulté et douleurs pour aller à la garde-robe quand il y a constipation, ce qui est rare ; le plus souvent, surtout lorsque la maladie est chronique, il existe de la diarrhée. Plusieurs des malades observés par M. Gosselin n'allaient à la garde-robe que tous les trois ou quatre jours, et les selles, précédées de coliques violentes et prolongées, étaient presque toujours liquides.

La suppuration est un des symptômes les plus constants et les plus significatifs. Le pus rendu par l'anus est tantôt isolé, tantôt mêlé aux matières fécales. Cette maladie amène un dépérissement rapide. Plusieurs malades, parmi ceux qu'a observés M. Gosselin, étaient tuberculeux.

Certains rétrécissements fibreux peuvent aussi occuper le gros intestin. On ne lira pas sans intérêt une observation recueillie avec beaucoup de soins, et que son auteur, M. Charpentier, interne des hôpitaux, a eu la grande obligeance de nous communiquer ; nous n'en donnons en détail que la partie symptomatologique.

Obs. XXXIV (inédite). — Obstruction intestinale causée par un rétrécissement fibreux de l'extrémité gauche de l'arc transverse du côlon. Anus artificiel pratiqué par M. Demarquay. Mort le lendemain de l'opération. (Observation prise par M. Charpentier, interne du service.)

Madame M. A., 52 ans, entrée à la Maison de santé le 27 juillet 1869, pour des douleurs siégeant à l'épigastre et à l'ombilic causées, dit-elle, par une constipation datant de huit jours. Elle pense rester peu de temps à la Maison de santé, attendu qu'elle est habituée aux troubles qu'elle éprouve actuellement, ceux-ci venant régulièrement la surprendre tous les ans vers la même époque de l'année, pour durer quinze jours, un mois tout au plus. Elle en serait tourmentée depuis vingt ans, c'est-à-dire depuis une fièvre

typhoïde grave qu'elle aurait eue à cette époque, et surtout depuis une cholérine très-sérieuse qu'elle eut trois ans après sa fièvre typhoïde. Interrogée sur les antécédents, elle n'indique rien qu'elle puisse faire supposer une affection soit arthritique, soit strumeuse, soit syphilitique ou cancéreuse, cependant elle se rappelle que sa mère est morte hydropique.

Elle a toujours été bien réglée, s'est mariée, puis a vécu séparée de son mari, et n'a jamais eu d'enfants; elle nous dit être peu nerveuse habituellement.

A part ces crises intestinales, elle n'a jamais rien éprouvé; elle assure n'avoir jamais ou rarement vomî; elle ne se rappelle pas avoir reçu de coups ou prétend vaguement s'être heurté il y a longtemps le côté gauche du thorax contre l'angle d'un meuble; en tous cas aucun trouble soit thoracique, soit abdominal, ne serait survenu à la suite de cet accident. Pas d'empoisonnement. N'a jamais travaillé dans des préparations de plomb.

Le facies de la malade nous fit mettre en garde contre une affection organique abdominale, elle avait le facies abdominal caractéristique, le teint n'était pas jaunâtre, mais bistré, les yeux profondément excavés, fixes et brillants, les lèvres pincées, etc..., langue sèche et collante, rien aux gencives, pas de mauvaise haleine, rien du côté de la déglutition. Le creux épigastrique était bombé, l'hy-pochondre gauche soulevé, comme d'ailleurs tout le reste de l'abdomen qui était uniformément ballonné avec le sommet de la convexité à l'ombilic. Pas de saillie dans les côlons, pas d'insymétrie dans le ballonnement; la pression était peu douloureuse, sauf au creux épigastrique. Gargouillements fréquents, quelques éructations gazeuses et quelques hoquets peu répétés. Pas la moindre tumeur ni intumescence; pas de matité, sauf aux régions inférieures, matité vague, immobile, et qui paraissait due aux matières fécales. Pas de hernie. Rien du côté de la vessie, ni des voies génitales. Le foie ne présentait rien d'anormal, les jambes n'étaient pas enflées, mais étaient amaigries comme le visage. Pas d'éruption sur la peau, pas d'hémorroïdes visibles; cependant la malade dit en avoir eu. Thorax, poumons, cœur : rien. — Fatigue extrême.

28 juillet. M. Cazalis procéda à un examen minutieux de la malade, pratiqua le toucher vaginal, le toucher rectal qui ne lui fournirent aucun renseignement de nature à éclairer le diagnostic; la malade avait mal dormi, n'était pas allée à la selle, avait rendu quelques gaz par en haut et par en bas et se plaignait d'être serrée au niveau de la taille, des deux côtés. Il y avait eu deux vomisse-

ments bilieux dans la nuit, mais peu abondants. Pouls normal, peau fraîche, même état de la langue. Ajoutons que la malade, avant d'entrer s'était purgée deux fois inutilement.

M. Cazalis prescrit un grand bain d'une heure. Calomel à doses refractées, du lait avec quelques petits morceaux de glace à sucer, dans le cas où l'envie de vomir la prendrait.

À la visite du soir, j'appris que le bain l'avait d'abord un peu étouffée, qu'elle l'avait trouvé trop chaud; il l'avait un peu calmée; les paquets de calomel n'avait pu être pris, ou s'étaient arrêtés au 5^e sur 10 à prendre, attendu qu'elle les rejetait tous par les vomissements, elle vomissait également le lait et de la limonade qu'on avait cru pouvoir lui donner. J'exigeai qu'elle prit le reste des paquets, fis appliquer un cataplasme laudanisé, et donner un lavement purgatif.

29 juillet. — Même état. L'inquiétude plus marquée sur la physiologie, les plaintes plus souvent répétées, la faiblesse plus prononcée, le ventre était plus gonflé, toujours peu douloureux. Le toucher rectal fut de nouveau pratiqué et fort mal supporté par la malade. Même prescription que la veille; M. Cazalis me chargea en outre de lui introduire dans l'anus une sonde rectale, de porter cette sonde aussi profondément que possible, et de lui donner un lavement de vin.

Le soir, le calomel n'avait pas été mieux supporté; c'étaient toujours des vomissements glaireux, jaunâtres. Le lavement ne fut gardé qu'en partie par le malade. Avec la sonde je ne constata aucune lésion.

30 juillet. — M. Demarquay, consulté, vit la malade, la toucha par l'anus en ayant la précaution de se faire pousser le coude par un aide, et ne constata aucune lésion par la sonde rectale; pas d'autres résultats; le pouls était bon, la peau n'était pas refroidie, il y avait à peine de la douleur à l'exploration, et à part la faiblesse croissante, rien de plus alarmant. Il fut d'avis de lui faire donner des douches ascendantes d'eau froide et des lavements vineux, de plus de la belladone 0,16 uni. 0,20 de calomel en 4 paquets. J'assistais à la douche qui ne put pénétrer; parfois elle souffrait, mais c'était une douleur de quelques secondes; cependant elle en sortit le ventre notablement gonflé mais non soulagé. Pas d'évacuation, mais un gonflement hémorroïdaire donnant un suintement à peine coloré était manifeste à la visite du soir.

31 juillet. — Même état.

1^{er} août. — Faiblesse plus prononcée, facies cholérique, la malade se tient dans le décubitus dorsal, pelotonnée sur elle-même; la voix

est plus faible. M. Panas appelé en l'absence de M. Demarquay, fut d'avis de temporiser, se fondant sur la guérison naturelle d'un certain nombre d'obstructions intestinales. Il y avait eu des matières fécales rejetées par deux vomissements. Dans la journée elle vomit de 1/2 h. en 1/2 h. Une vessie de glace est appliquée, douleur vague du ventre.

2 août. — Voix éteinte, affaissement des plus prononcés; refroidissement de toute l'enveloppe cutanée, quelques hoquets, pas d'émission de gaz par l'anus depuis le 31 juillet, même état du ventre gonflé, mais modérément douloureux, même configuration. Pouls petit, fréquent, serré.

M. Demarquay pratique un anus artificiel dans la fosse iliaque droite, (*suivent les détails*); sortie de deux cuvettes et demie de matières fécales liquides analogues aux matières vomies. Soulagement manifeste de la malade.

Mort le lendemain.

Autopsie.... Le côlon transverse présentait à son extrémité gauche au moment où elle s'enfonce profondément en arrière pour se continuer avec le côlon descendant, un épaississement de près d'un cent. d'étendue, de nature fibreuse avec adhérences anciennes au péritoine vascularisé à ce niveau. Le rétrécissement était tel qu'il admettait juste une sonde cannelée.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre : si le malade dit vrai, c'est le seul cas enregistré dans lequel des accidents d'occlusion incomplète aient précédé d'aussi longtemps l'attaque ultime. A quoi faut-il attribuer le rétrécissement. C'est une question que nous n'avons pas à discuter ici ; en tout cas ce ne doit pas être aux lésions de la fièvre typhoïde, car dans ce cas le rétrécissement eût siégé, comme d'habitude, sur l'intestin grêle. Il faut plutôt croire que cette affection que la malade appeler cholérine et à partir de laquelle les accidents se sont aggravés n'était autre chose qu'une colite ulcéreuse ; les ulcérations en se cicatrisant ont amené le rétrécissement. Le soulèvement spécial de l'hypochondre gauche et la propagation de la distension abdominale au creux épigastrique sont des phénomènes caractéristiques qui fournissaient des notions assez précises sur le siège de la lésion. L'absence des signes propres aux au-

tres variétés d'occlusion, d'apparence cachectique cancéreuse, coïncidant avec la lenteur et l'aggravation des symptômes étaient tout autant de données pour le diagnostic. On avait donc des indications assez précises, non-seulement sur le siège, mais encore sur la cause du mal; nous verrons, en parlant du traitement chirurgical, si ce n'est pas dans des cas pareils à celui-ci qu'il y aurait lieu de pratiquer l'anus contre nature, non pas au lieu d'élection habituel, mais au siège même de l'obstacle.

Les rétrécissements hypertrophiques sont trop rares pour qu'il nous soit possible de leur trouver une symptomatologie spéciale; presque toujours, d'après les analyses de M. Duchaussoy, ils sont consécutifs à une blessure de la muqueuse de l'intestin par un corps étranger, et le microscope démontre que ces hypertrophies sont principalement dues à des dépôts fibrineux dans lequel reste parfois logée la cause du mal (arête de poisson, noyau, etc.)

En résumé, les étranglements causés par les rétrécissements de l'intestin seront reconnus d'une manière générale aux caractères suivants : lenteur et chronicité des accidents qui sont depuis longtemps précédés de troubles intestinaux, et qu'on peut ordinairement rattacher à une cause pouvant avoir elle-même des manifestations particulières (comme les cachexies cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques); constipation fort rarement absolue, selles caractéristiques, ballonnement considérable, mais progressif, vomissements devenant très-tardivement fécaloïdes et douleur peu intense.

III. DÉTERMINATION DU SIÈGE DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LE TUBE INTESTINAL.

Lorsque le médecin a pu réunir, soit par la recherche des commémoratifs, soit par l'observation de l'état du malade, des éléments assez complets et des données assez exactes pour établir plus ou moins sûrement le diagnostic de la lésion, il lui reste encore à en préciser le siège; ce diagnostic est loin de présenter les mêmes difficultés que nous avons rencontrées lorsqu'il s'agissait de déterminer la nature de l'obstacle et dans les cas surtout où l'on assistera au début des accidents et à leur marche tout entière, il sera souvent possible.

La détermination du siège de l'étranglement se déduit surtout des modifications que subissent quelques-unes des manifestations de la lésion, suivant que celle-ci occupe le gros ou le petit intestin; mais on peut l'établir aussi plus ou moins sûrement par la connaissance de la nature de l'obstacle, puisqu'on sait que certaines variétés d'étranglements se produisent à peu près constamment sur le gros intestin, et d'autres sur l'intestin grêle. Enfin un dernier moyen de se rendre compte du siège est l'exploration directe du tube digestif dans les cas où elle sera praticable. En résumé nous tirerons les éléments nécessaires pour éclairer le diagnostic du siège de l'occlusion de quatre sources :

Des signes objectifs visibles;
Des troubles fonctionnels;
De l'exploration directe;
Du diagnostic déjà établi de la lésion.

Signes objectifs visibles. — Ce sont la forme du ventre et le degré du ballonnement.

Lorsqu'on examine le contenu du tube digestif d'un animal, on trouve des gaz dans toute l'étendue de l'intestin depuis le pylore jusqu'à l'anus. Dans l'état physiologique, ces

gaz proviennent des réactions chimiques qui s'accomplissent dans le tube digestif pendant les phénomènes de la digestion.

Dans quelques cas pathologiques, il survient parfois, même en l'absence des aliments, un développement rapide de gaz accompagné d'un ballonnement plus ou moins considérable du ventre. Certains auteurs attribuent dans ce cas l'accumulation gazeuse au passage des gaz du sang au travers des tuniques des vaisseaux qui circulent dans la muqueuse intestinale; d'autres la rapportent à la décomposition des humeurs secrétées dans l'intestin. Quoi qu'il en soit de ces opinions différentes, on comprend que dans les cas qui nous occupent, alors que l'intestin, obstrué plus ou moins complètement en un point de son calibre s'oppose à la sortie par l'anus des gaz qu'il contient, cette accumulation puisse devenir considérable.

La distension abdominale qui en résulte sera d'autant plus manifeste que le point où se trouve l'obstacle sera situé à une plus grande distance de l'estomac et que la maladie sera plus ancienne; aussi les indications tirées de ce signe pour déterminer le siège de l'étranglement seront bien plus précises lorsqu'on aura pu observer le malade au début des accidents.

La durée de la maladie n'est pas la seule circonstance qui influe sur la distension de l'abdomen; son siège imprime à la surface de celui-ci des modifications qui sont presque toujours appréciables, et dont la percussion peut dans la plupart des cas venir corroborer la signification. Les indications données à ce sujet par M. le professeur Laugier sont bien connues : « Lorsque l'S iliaque est étranglée, la distension gazeuse du ventre paraît dès le principe portée à un degré considérable; avant tout phénomène inflammatoire, l'abdomen est fort distendu, d'une manière générale, et sans douleurs vives à la pression..... On peut conclure que c'est l'intestin grêle, lorsque pendant un temps plus ou moins long après le commencement des accidents, on trouve un ballonnement du ventre plus ou moins circonscrit aux environs de l'aîne, tandis que toute la région occupée par les

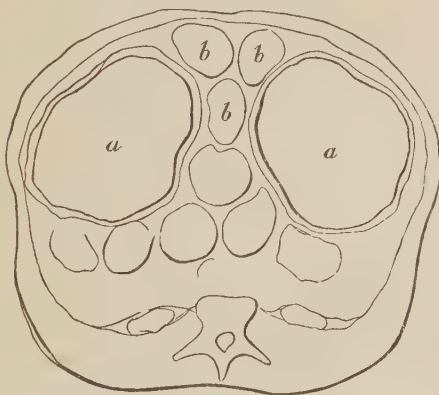
côlons est d'autant plus déprimée que le bout inférieur s'affaisse et revient sur lui-même (1). »

Ces indications sont fort importantes et comme le dit M. Besnier dans sa thèse, « on en aurait plus souvent constaté la justesse si l'on avait, dans toutes les observations, noté avec quelques détails la forme du ventre, » et surtout, ajouterons-nous, si l'on est appelé assez tôt pour assister aux premiers jours de la maladie.

Si l'obstacle siège à la partie inférieure du gros intestin, l'S iliaque, les côlons et le cæcum seront les premiers distendus, aussi bien que les gaz qui se sont développés dans cette partie même du tube digestif que par ceux provenant de tout l'intestin grêle qui auront franchi la valvule iléo-cæcale; il en résultera une distension qui sera dès le principe considérable, comme le dit M. Laugier, mais qui aura eu outre un aspect particulier : l'S et les côlons formeront parfois sur tout leur trajet une saillie appréciable à la vue et tendront à rebondir en quelques sorte sur les flancs et l'épigastre et à dépasser les limites latérales de l'abdomen. L'intestin grêle ne participera qu'un peu plus tard à la distension, et le ventre aura un aspect particulier bien différent de l'apparence globuleuse que nous allons lui reconnaître dans le cas où l'obstacle siège au cæcum.

Fig. 4. (a : gros intestin, b : intestin grêle.)

Le schéma ci-contre représente une coupe de l'abdomen au niveau de l'ombilic; l'obstacle est supposé à la partie inférieure du gros intestin. Cette figure fera comprendre la conformation qui en résulte, surtout si on la compare à la figure suivante, qui représente la même coupe faite sur un abdomen dans lequel l'obstacle siège au cæcum.

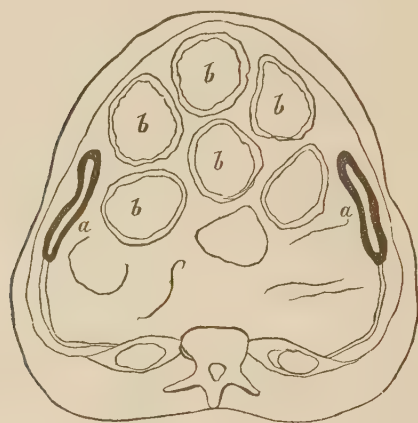


(1) S. Laugier, Bulletin chirurgical, t. I, p. 245.

1870. — Larguier.

Dans les cas où l'obstacle siège au cæcum ou dans les dernières portions de l'iléon, le gros intestin revient sur lui-même; généralement même, comme l'ont montré les recherches nécroscopiques de M. Duchaussoy, il se rétrécit et se ratatine. On verra par conséquent les régions occupées par les côlons et l'S iliaque, déprimées et souples et la masse distendue d'intestin grêle viendra se placer dans le point où rien ne s'oppose à son développement, c'est-à-dire dans la région ombilicale et dans l'hypogastre. L'abdomen prendra une forme globuleuse que nous tâchons de rendre dans la figure 2 et, tandis que dans le cas précédent les plis de l'aîne et les limites du ventre étaient effacés par la tension que la distension des côlons imprimait à la peau, on verra dans ce

Fig. 5. (*a* : gros intestin, *b* : intestin grêle.)



cas que ces plis sont presque toujours reconnaissables et que ces limites ne sont point dépassées. En un mot le ventre se développe plus d'arrière en avant que latéralement.

Une fois qu'on s'est assuré que l'obstacle siège en deçà ou au-delà de la valvule iléo-cæcale, il resterait au chirurgien à déterminer dans quelle portion exacte du gros ou du petit intestin il doit supposer l'étranglement. Les données fournies par le ballonnement et la forme du ventre ne peu-

vent pas servir de basé à des notions générales et nous cherchons à établir ces différences par d'autres signes.

Si l'étranglement siège très-haut dans le petit intestin, comme dans l'observation XXXV où la première portion du duodénum était tordue sur elle-même, le ventre sera fort peu distendu; la forme globuleuse s'accentuera à mesure que l'obstacle sera situé plus loin du pylore. Dans le gros intestin, les variations du siège se manifeste par des variations faciles à comprendre dans la distension des flancs et de l'épigastre; c'est ainsi que, dans l'observation de M. Charpentier (page) où le côlon était rétréci au niveau de sa courbure splénique on voyait au début le creux épigastrique et l'hypochondre gauche particulièrement bombés et soulevés, tandis que dans le reste de l'abdomen, la distension était plus ou moins uniforme.

Ces deux exemples suffisent pour montrer que les variations du ballonnement peuvent parfois être utiles à établir le siège plus ou moins précis de l'étranglement. Quant à la valeur de cet élément de diagnostic pour déterminer d'une façon générale si l'obstacle se trouve dans le gros intestin ou dans le petit, nous la croyons très-importante, toutes les fois qu'on aura pu suivre le début et la marche des accidents.

Troubles fonctionnels.

Vomissements. — Il n'existe à notre connaissance aucune étude spéciale de ce symptôme si constant et si caractéristique de l'occlusion intestinale; comme ce point particulier de la physiologie pathologique présente un grand intérêt et qu'il peut, croyons-nous, être d'une grande utilité dans la détermination de la portion d'intestin étranglée, nous nous y arrêterons un instant pour examiner les variations que les vomissements *intestinaux* présentent dans leur nature, leur abondance et leur précocité, et pour rechercher quels sont les rapports de causalité qu'on peut établir entre ces variations et le siège de l'obstacle sur l'intestin.

Nous ne voulons pas étudier ici par quel mécanisme l'in-

testin se débarrasse des matières qu'il contient lorsque celles-ci ne peuvent pas sortir par les voies naturelles. Il est généralement admis que ces phénomènes tiennent à un mouvement antipéristaltique des fibres musculaires de ce viscère. Brinton les expliquait d'une manière un peu différente (1); pour lui, les vomissements intestinaux sont dus à deux sortes de contractions : la première périphérique ou circulaire ; la seconde, qu'il appelle « courant de retour » provenant d'une pression latérale au-dessous de l'occlusion et d'une diminution de résistance au-dessus. Cette étude nous entrainerait un peu loin, et son genre d'utilité ne la fait pas rentrer directement dans notre plan, qui ne comprend que l'étude des variations que ces vomissements peuvent subir.

Tout d'abord voyons ce que contient l'intestin dans l'état physiologique. La boulie alimentaire, déjà infiltrée de salive et de suc gastrique, passe au bout de quelques heures dans l'intestin grêle et y est soumise à l'action simultanée de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal ; elle s'y liquéfie plus ou moins, s'y colore en jaune qui devient de plus en plus foncé à mesure qu'elle approche du gros intestin. Après avoir traversé l'intestin grêle et abandonné à l'absorption la majeure partie de leurs produits, les aliments pénètrent dans le cæcum ; dès le début de leur court séjour dans cette cavité, ils commencent à prendre l'odeur caractéristique des matières fécales dont le *fumet* particulier provient bien plus de certains principes biliaires et intestinaux évacués avec les produits non digérés que de la nature de ces produits eux-mêmes.

Le contact de ces différents principes avec les excréments dure pendant tout le temps que mettent ces derniers à parcourir le gros intestin et à s'y mouler de façon à être évacués par l'anus.

Supposons maintenant qu'un obstacle quelconque se pro-

(1) W. Brinton. On intestinal obstruction, ouvrage posthume, publié par le docteur Buzzard, Londres.

duise sur un point de l'intestin grêle : il arrivera que les matières contenues dans la portion du tube digestif située au-dessous de l'obstacle seront expulsées par l'anus. Comme la muqueuse de toute cette partie de l'intestin ne sera plus sollicitée par la présence des matières qu'elle est habituée à contenir, elle cessera peu à peu de sécréter les sucs qui lui sont spéciaux et finira par être dans l'état de vacuité et de resserrement que les autopsies démontrent toujours en pareil cas. Il n'en sera pas de même dans la partie située au-dessus de l'obstacle : les matières de différentes natures qu'elles contiennent ne pourront plus être évacuées par les voies naturelles et quand l'intestin cessera de pouvoir en supporter la présence, il s'en débarrassera par les vomissements.

Ceux-ci sont généralement tout d'abord alimentaires surtout si l'étranglement arrive brusquement quelque temps après le repas ; peu à peu ils deviennent jaunâtres, puis verdâtres, avec cette odeur et cette saveur amère qui décèlent la présence de la bile ; enfin, à mesure que ces évacuations se répètent et que l'état du malade se prolonge, leur couleur devient plus foncée, leur odeur plus accentuée et dans beaucoup de cas ils finissent par acquérir une saveur des plus désagréable pour le malade et par ressembler d'aspect et d'odeur à de véritables matières fécales liquides. Ce sont alors les vomissements appelés souvent *stercoraux* ou *fécaux*, dénominations impropres toutes deux, en ce sens qu'elles pourraient laisser supposer qu'ils sont constitués par des matières fécales ou excréments, chose inadmissible à moins de circonstances toutes particulières telles, par exemple, qu'une ulcération de la valvule de Bauhin. Les matières intestinales ne prennent, en effet, le nom et l'apparence de matières fécales que dans le gros intestin, et l'on sait, d'autre part, que la valvule iléo-cæcale s'oppose d'une façon presque absolue au reflux de ces matières dans l'intestin grêle.

Admettant même pour un instant que ces vomissements-là fussent réellement constitués par des matières fécales,

comment pourrait-il se faire que dans une constriction de l'iléon, alors que tout le gros intestin est depuis plusieurs jours vide et revenu sur lui-même, le caractère fécal des vomissements persiste cependant et s'exagère même à mesure que la maladie se prolonge ?

Les matières vomies provenant toujours de l'intestin grêle, il est préférable de donner à cette espèce de vomissements le nom de *vomissements fécaloïdes*, qui a l'avantage de les caractériser sans rien préjuger de leur origine.

Les matières contenues dans l'intestin grêle prennent ce caractère fécaloïde de la même façon que les matières du gros intestin y deviennent excréments : par leur contact plus ou moins prolongé avec la bile et les différents sucs intestinaux. C'est un fait que Morgagni avait déjà mis en évidence dans une de ses lettres (1) où nous trouvons : « Nempe quæ ex ventriculo detruduntur ad intestina, illius, « et mox horum succis, et pancreatico, et bile admissis pluribus autem in chyli ductus particulis amandatis, si quam « in Crassis deberent, eam in Tenuibus, inflammatis præsertim, habere moram cogantur ; eandem in his referent, « quam in illis, odoris foetidatem, et stercora etiam, si quis « velit, non injuria poterunt appellari, ut docuit Piccolhominus, negans propterea, necessarium esse, reliquias cibi « in Crassa pervenire, ut stercoris acquirant naturam. Verum ut minime in hoc homines fallantur ; ex hoc tamen « ipso in errorem rapiuntur, cum e Crassis ea redire, existimant, quæ redunt e Tenuibus. »

L'absence presque constante des vomissements fécaloïdes dans certains cas de paralysie nerveuse de l'intestin nous semble venir à l'appui de notre thèse. Ainsi parmi les manifestations ultimes de la paralysie générale, on remarque des altérations progressives du système nerveux de la vie organique ; ces altérations produisent chez ces malades une diminution dans les sécrétions du tube digestif et des glandes annexes, et lorsque l'intestin se débarrasse des ma-

(1) De Sedibus et Causis. Epist. XXXIV, p. 94.

tières qu'il contient, soit par des selles involontaires, soit dans le cas de paralysie plus complète, par des vomissements, on remarque que ces derniers, presque toujours constitués par les aliments ou les médicaments qu'on fait prendre au malade, n'ont presque jamais le caractère fécaloïde.

Si nos suppositions sont fondées, les vomissements provoqués par l'occlusion intestinale ne devront pas être fécaloïdes dans les cas où les matières qui les constituent seront soustraites à l'influence des sucs biliaires et pancréatiques. Ces cas ne se présenteront que lorsque le siège de l'étranglement sera situé au-dessus de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire *au-dessus de l'embouchure du canal cholédoque et du conduit de Virsung*. Les observations en sont bien rares et les recherches minutieuses que nous avons faites ne nous en ont fourni qu'un seul exemple; mais, comme on va le voir, cet exemple est des plus concluants et vient pleinement confirmer ce que nous avançons.

Obs. XXXV (1). — Etranglement interne par torsion de la première portion du duodénum.

Femme de 34 ans, pas de renseignements sur les antécédents, Etat actuel. — Entre uniformément tuméfié, insensible; les anses se dessinent dans la moitié inférieure de l'abdomen, et l'on perçoit un son mat au-dessus de l'ombilic; *vomissement non bilieux*.

Le lendemain, on ne voyait plus d'anses intestinales distendues dans la région sus-ombilicale; le ventre était médiocrement tuméfié. Au-dessous de l'ombilic on trouvait une résistance anormale, de la matité et de la fluctuation au niveau d'une tumeur s'étendant en bas jusqu'à la symphyse pubienne et latéralement jusqu'aux épines iliaques. La malade accusait du ténesme vésical, mais le cathétérisme n'évacua que quelques gouttes d'urine. La percussion donnait un son mat à l'épigastre jusqu'au niveau du rebord costal gauche. Dans le reste de la région sous-ombilicale, on trouvait ça et là un son tympanique. Le ventre n'était du reste pas

(1) Oesterreichische Zeitschrift, für praktische Heilkunde, 1865. n. 6. Observation publiée par le professeur Rembold d'Innsbruck.

douloureux à la pression, et la malade éprouvait seulement une sensation de pression douloureuse au-dessus de la symphyse pubienne. *Les vomissements ne contiennent ni bile, ni matières fécales, et sont peu abondants.*

Le troisième jour, après l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur sous-ombilicale donnait un son tympanique dans quelques points. Au-dessus de l'ombilic, plusieurs anses intestinales sont distendues; un peu de sensibilité à la pression dans cette partie; matité presque complète au niveau de l'estomac. *Peu de vomissements, et ne renferme pas de bile.* Pas d'ictère. — Mort dans la soirée.

Autopsie. — L'abdomen ouvert, on n'aperçoit tout d'abord ni le côlon transverse, ni l'épiploon. La plus grande partie de la cavité abdominale à partir de la symphyse est remplie par une anse intestinale bleuâtre, ressemblant à un estomac distendu, d'un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte, s'amincissant vers son extrémité supérieure qui s'engageait sous le rebord costal et derrière des anses d'intestin grêle situées derrière l'appendice xyphoïde. En soulevant l'anse intestinale distendue, on trouvait derrière elle, et refoulé vers la colonne vertébrale, le côlon transverse et le grand épiploon. L'anse intestinale distendue était formée par la première portion du duodénum, depuis le pylore jusqu'à une distance d'un pouce et demi de l'insertion du canal cholédoque. Cette anse était, en quelque sorte, rabattue de haut en bas, de telle manière que son axe formait à ses deux extrémités un angle de 180° avec l'axe de la portion avoisinante du tube digestif. Le bord inférieur de cette anse était garni d'un appendice analogue à l'épiploon; on reconnut, après avoir remis les parties en place, que ce n'était autre chose qu'une partie du petit épiploon. Cette anse intestinale contenait un liquide brun-rougeâtre et une très-petite quantité de gaz; ses parois étaient infiltrées de sang, au point d'avoir dans quelques endroits une épaisseur de quatre lignes; elles présentaient dans un point une éraillure tendant de la muqueuse au péritoine.

Dans un remarquable travail que nous avons déjà eu eu occasion de citer (1), M. le D^r Cossy a recherché s'il était

(1) Cossy. Mémoire sur une cause peu connue d'engouement interne de l'intestin, in Trav. de la Société médicale d'Obs. 3^e vol. 1856.

possible de déterminer pourquoi, dans les cas d'obstacles à circulation stercorale, les vomissements sont tantôt composés de matières intestinales, tantôt simplement bilieux.

Sur une statistique de 46 cas, M. Cossy n'a trouvé aucun rapport évident entre la présence ou l'absence du caractère fécaloïde et l'une des circonstances suivantes : la durée plus ou moins considérable de la stase stercorale ; sa formation plus ou moins rapide ; l'existence ou la non-existence d'une complication de péritonite aiguë.

Groupant ensuite les faits observés d'après la considération du siège de l'obstacle, M. Cossy donne le tableau suivant qui fournit pour la détermination de celui-ci des résultats intéressants et importants.

SIÈGE DE L'OBSTACLE.	NOMBRE DE CAS.	VOMISSEMENTS	
		stercoraux	non stercoraux
1. Un des points de la moitié supérieure de l'intestin grêle	9	9	0
2. Un des points de l'iléon	27	9	18
3. Un des points du gros intestin . .	10	4	6
Total	46		

« Il résulterait de ce tableau que, lorsque l'obstacle occupe la partie inférieure de l'intestin grêle ou le gros intestin, les vomissements stercoraux auraient lieu dans le tiers des cas ; tandis qu'on les observerait toujours lorsque l'obstacle, plus rapproché de l'estomac, occuperait la moitié supérieure de l'intestin grêle.

« Sans doute, il y a lieu d'éviter de tirer des conclusions prématurées d'un nombre de faits aussi restreint ; mais il est néanmoins permis de se demander si cette constance des vomissements stercoraux, lorsque l'obstacle a son siège dans le haut de l'intestin grêle, ne tient pas à autre chose qu'à une circonstance fortuite ; si elle n'a pas sa raison d'être dans le peu d'espace qu'offre alors la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle, pour contenir les matières dont la circulation est interrompue. »

Nos recherches nous ont amené à constater le même rapport entre le siège et la nature des matières vomies, et si l'on veut bien consulter les faits que nous reproduisons dans ce travail, on verra que dans la plupart des cas où l'obstacle se trouve sur l'intestin grêle les vomissements fécaloïdes sont constants et précoces, et que les vomissements sont simplement bilieux dans une grande partie des observations où l'occlusion s'est produite sur le gros intestin.

Les réflexions de M. Cossy, que nous venons de citer à la suite de son tableau, confirment simplement un fait, d'ailleurs bien naturel; c'est que la fréquence et la précocité des vomissements sont en rapport direct avec la diminution de l'espace où sont renfermées les matières intestinales; mais elles ne font pas comprendre pourquoi les vomissements sont d'autant plus fécaloïdes que l'obstacle est situé plus haut dans l'intestin grêle. Voici l'explication qui nous paraît la plus plausible et que les faits viennent d'ailleurs pleinement confirmer.

Nous savons que les matières fécales doivent en grande partie leur odeur particulière aux différents sucs avec lesquels elles sont en contact pendant leur séjour dans le gros intestin (1). Lorsque l'oblitération du tube digestif les oblige à faire ce séjour dans l'iléon ou le jéjunum, elles y contractent, ainsi que le fait remarquer Morgagni, la même fétidité. Il en résulte que plus ces matières intestinales seront fortement imprégnées des sucs dont nous parlons, plus elles tendront à prendre ce caractère; or, il nous paraît évident que ces conditions sont surtout réalisées lorsque l'obstacle est situé plus haut dans l'intestin. La bile et le suc pancréatique concentreront leur action sur une quantité plus restreinte de matières; en outre, le contact direct et plus ou moins prolongé de celles-ci avec l'embouchure des canaux cholédoque et pancréatique irriteront ces dernières et provoqueront des actions réflexes dont le résultat immédiat sera une hypersécrétion plus ou moins considérable des

(1) Exp. de Valentin, et Béclard, *Physiol.*, p. 135.

glandes annexes et des glandes intestinales. L'agent principal de la transformation fécaloïde sera donc sécrété en plus grande abondance.

Il serait nécessaire que ces allégations fussent confirmées par des observations nombreuses ; en tout cas, il nous semble que le raisonnement aussi bien que les faits observés nous autorisent à formuler les conclusions suivantes :

1^o Lorsque les vomissements résultant de l'occlusion intestinale présentent les caractères fécaloïdes, ils doivent ces caractères aux modifications que le contact de la bile et des sucs pancréatiques et intestinaux fait subir aux matières contenues dans l'intestin.

2^o Ces vomissements auront d'autant plus fréquemment le caractère fécaloïde que le siège de l'occlusion sera situé plus haut dans l'intestin grêle, cela par suite du mélange plus intime et de la sécrétion plus abondante des sucs dont nous parlons.

On nous objectera peut-être que cette imprégnation par la bile des matières contenues dans l'intestin grêle peut aussi bien avoir lieu lorsque ce viscère est libre dans toute l'étendue de sa cavité que lorsque celle-ci est bornée par l'étranglement à un espace restreint. Nous ne le croyons pas : les matières doivent, nous semble-t-il, s'accumuler toujours le plus près possible de l'obstacle ; lorsqu'elles auront tout l'intestin grêle à leur disposition, elles abandonneront le duodénum qui ne contiendra plus alors que des gaz ; les conduits biliaire et pancréatique ne seront plus soumis, par conséquent, à une excitation directe, et les glandes auxquelles ils aboutissent ne sécréteront plus en aussi grande abondance les liquides qui jouent le principal rôle dans la transformation fécaloïde des matières intestinales.

Evacuations alvines. — Nous avons vu que ce n'est guère que dans l'invagination et le rétrécissement que les selles ne sont pas supprimées d'une façon absolue. Dans le der-

nier cas, elles pourront fournir quelques données sur le siège de la lésion. Si les matières qui les constituent sont effilées ou rubanées, cette disposition particulière indiquera plutôt que l'effacement du calibre de l'intestin est situé en un point du rectum; ce fait est important pour découvrir un rétrécissement situé au-delà de l'atteinte du doigt.

Sécrétion urinaire. — La quantité d'urine est habituellement diminuée dans l'étranglement. Ce fait a surtout attiré l'attention des médecins anglais (voir Brinton, *loc. cit.*), qui jugent que l'obstacle est sur le gros intestin si la quantité d'urine rendue reste la même et admettent, au contraire, qu'il ne reste qu'une petite portion d'intestin au-dessus de l'étranglement quand la sécrétion urinaire est très-diminuée.

Cela s'explique facilement : lorsque l'obstruction est située très-haut dans l'intestin grêle, la surface d'absorption n'est plus assez grande pour absorber les liquides nécessaires à la quantité ordinaire d'urine.

D'après M. Habershon, les vomissements ont une grande influence dans cette diminution de l'urine; quand le siège de l'obstacle est élevé, ils sont précoces, et ce fait diminue nécessairement la quantité du fluide qui doit être absorbé par la surface gastro-intestinale, et dont une partie doit être éliminée par les reins.

M. Barlow admet que la cause la plus naturelle de la diminution de la sécrétion urinaire doit être attribuée à ce que l'intestin emploie la plus grande partie des liquides qu'il absorbe à sécréter des fluides qu'on retrouve dans les vomissements et dans l'intestin, lors de l'autopsie. Pour que cette hypothèse fût vraie, il faudrait que l'urine des sujets atteints d'étranglement soit très-chargée, et l'observation n'a pas permis de constater ce fait.

D'après Selgewick une quantité d'affections graves et soudaines du tube intestinal peuvent produire une suppres-

sion de l'urine. Sedgëwick (1) a retrouvé ce symptôme dans les perforations du petit intestin, les empoisonnements par des substances corrosives, etc... Ses observations confirment d'ailleurs l'opinion des médecins anglais, car l'occlusion de l'intestin grêle est d'une manière générale plus grave et plus soudaine que celle du gros intestin.

Si peu concluantes que puissent paraître ces indications, elles n'en ont pas moins une certaine valeur lorsqu'elles se réunissent à d'autres caractères et concordent avec eux. Les observations publiées en France sont presque toutes muettes sur ce point; il serait à désirer que les observateurs voulussent bien y fixer leur attention, car rien ne doit être négligé dans une affection dont le diagnostic reste si souvent indéterminé.

Exploration directe.

La *palpation* peut faire connaître dans certains cas si le siège est sur l'S iliaque ou sur les côlons; ainsi, dans le cas d'obstruction par des matières fécales, d'invagination, on reconnaîtra la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche ou sur le trajet du côlon descendant.

Le *toucher* fournira quelques indications si le siège de l'étranglement est accessible au doigt. On peut aussi, en les maniant avec précaution, faire pénétrer des sondes jusque dans l'S iliaque (sonde rectale, sonde d'O Beirn, bougie à empreinte).

A ces moyens on pourrait encore ajouter l'exploration à l'aide de *lavements* proposée par M. Amussat: « Lorsque rien ne peut indiquer le siège précis de l'obstruction du gros intestin, dit-il, le lavement, administré avec le plus grand soin, est le seul moyen que j'aie trouvé pour s'assurer à quelle hauteur se trouve l'obstacle; suivant, en effet, que l'intestin en reçoit une petite ou une grande quantité, on

(1) Guy's Hosp. Rep.; XIV. p. 279.

peut diagnostiquer que l'étranglement siège dans l'S iliaque, le côlon, ou même le cæcum et l'intestin grêle. »

Brinton employait fréquemment ce moyen dont il n'a, dit-il, jamais eu qu'à se louer; il avait même dosé la quantité de liquide que pouvait contenir chaque portion de l'intestin. D'après lui une pinte (0,57 litre) suffit à emplir le rectum, il en faut 2 à 4 pour arriver à l'S iliaque et 9 permettent d'atteindre le côlon transverse. On comprend que ce procédé n'a de valeur qu'autant que l'intestin est complètement fermé; dans les cas de rétrécissement, par exemple, où il reste toujours plus ou moins perméable, le lavement peut parfaitement franchir l'obstacle. La 23^{me} observation de M. Fagge (l. c.), en est un exemple bien évident: chez le malade qui en fait le sujet on injecta plus de deux litres de liquides, et il n'en ressortit qu'une très-faible proportion.

Le diagnostic de la nature de l'étranglement peut en une certaine mesure en faire supposer le siège, puisque nous avons vu que certaines variétés d'étranglement se produisent plus fréquemment sur le gros intestin que sur le petit. Voici un tableau indiquant les résultats fournis à cet égard par la statistique.

ETRANGLEMENT SIÉGEANT DE PRÉFÉRENCE

<i>sur l'intestin grêle</i>	<i>sur le gros intestin.</i>
Obstructions par des calculs biliaires, des corps étrangers.	Obstruction par des matières fécales, des vers, des concrétions intestinales.
Constriction par brides ou bandes.	Torsion.
Constriction dans des ouvertures.	Invagination.
Constriction par des adhérences.	Rétrécissements.

Il resterait encore à déterminer le point de la paroi abdominale auquel correspond le siège de l'obstacle; la connaissance de ce point peut être utile dans le cas où la gastrotomie semble être indiquée. Cette recherche est souvent

fort difficile ; néanmoins, dans un certain nombre de cas, on peut constater l'existence d'une tumeur dont les rapports avec les parois abdominales peuvent être exactement précisées. Enfin on peut tirer des indications précieuses de l'existence d'une douleur vive et persistante en un point spécial de l'abdomen ; nous avons rapporté, en faisant le diagnostic de l'étranglement par constriction, plusieurs cas dans lesquels le siège de l'occlusion a été indiqué pendant la vie par une douleur que le malade savait parfaitement localiser.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

I. GASTROTOMIE ET ENTÉROTOMIE.

Lorsque l'étranglement interne a résisté aux moyens médicaux qu'on doit tout d'abord lui opposer, ou lorsque les procédés mécaniques par lesquels on parvient quelquefois à triompher de la maladie ont été inutilement employés, il ne reste au médecin d'autre ressource qu'une prompte intervention chirurgicale.

En présence des graves opérations qu'elle nécessite, les praticiens ont formulé au sujet de son opportunité des appréciations qu'il ne nous appartient pas de juger. Nous laissons la responsabilité de leur opinion à ceux qui donnent en pareil cas le conseil de laisser mourir le malade plutôt que le tuer, et si cette question ne relevait pas uniquement de la conscience et des convictions du praticien, nous croyons que les nombreux succès qui mettent hors de doute la curabilité de l'étranglement par une opération chirurgicale nous autoriseraient à retourner l'argument et à leur répondre par le vieil aphorisme : « *Quem dum potuisti servare, non servasti, illum occidisti.* »

Deux grandes méthodes sont en présence pour le traitement chirurgical de l'étranglement interne ; méthodes répondant chacune à une indication spéciale, et ayant chacune leurs partisans plus ou moins exclusifs.

La première de ces méthodes, connue et pratiquée depuis

fort longtemps, est l'opération de la *gastrotomie*; celle-ci consiste à faire à la paroi abdominale une large incision, soit en un point réglé, soit sur le siège présumé de l'obstacle; à chercher celui-ci et à le lever d'une façon ou d'une autre suivant sa nature.

La seconde méthode, plus moderne, est l'opération de l'*entérotomie*, au moyen de laquelle on n'a plus pour but de rechercher et de détruire la cause de l'étranglement, mais bien de désobstruer l'intestin, en donnant une issue artificielle aux matières qu'il contient.

Avant d'examiner la valeur comparative de ces deux méthodes et de rechercher jusqu'à quel point sont fondées les objections que chacune d'elles a soulevées, avant d'essayer enfin, de déterminer les cas dans lesquels on doit préférer l'entérotomie à la gastrotomie, il nous paraît intéressant de jeter un coup d'œil sur leur histoire et d'indiquer sommairement quels ont été les principaux partisans de l'une ou l'autre de ces deux opérations.

Suivant Cælius Aurelianus, on doit attribuer à Praxagore de Cos (350 av. J. C.), l'idée d'ouvrir l'abdomen dans les cas de volvulus. Les autres auteurs anciens et ceux du moyen âge sont muets sur cette pratique, ou n'en parlent que pour la condamner. En 1676, Paul Barbette, chirurgien d'Amsterdam (1), conseille positivement la gastrotomie pour remédier à l'intussusception rebelle, et d'après ses conseils, un chirurgien resté inconnu pratiqua avec succès la première gastrotomie dont l'histoire fasse mention: le fait a été rapporté en détail par Bonet (2), qui le tenait d'un témoin oculaire, M. Puisault, pasteur de l'Église de Genève. Rivinus (3), Seacherus (4), Velse (5) le citent dans diffé-

(1) Barbette, Anat. pract., l. IV, cap. I, art. 3 et Anat. chirg., t. III, l. V, cap. 2, 1676; Opera chirurg. anatom. (De abdom. partibus internis, lib. X, cap. 2, 1672.

(2) Bonet, Sepulchretum anat., lib. III, sect. XIV, p. 912. Genève, 1679.

(3) Rivinus, Dissert. med. Lips. 1710.

(4) Seacherus, Dissert. med. Lips. 1721.

(5) Velse, Dissert. Lugd. Bot. 1742.

1870. — Larguier.

rents écrits et se déclarèrent partisans d'une méthode que la pratique venait de sanctionner d'une façon si formelle. C'est ce qui détermina Nüch (1), quelques années plus tard, à faire pratiquer la gastrotomie sur une femme atteinte de volvulus; l'opération fut de nouveau couronnée de succès.

Les chirurgiens qui suivirent furent d'avis divers sur les avantages et sur les inconvénients de ce procédé opératoire. Sagès, en l'an VIII, donna plus d'extension encore à l'idée de Barbette; il proposa la gastrotomie dans tous les cas d'étranglement interne. Dans un premier mémoire (2), Hévin la désapprouva complètement; plus tard ses opinions se modifièrent, et il conclut à cette opération dans les cas désespérés d'iléus (3). C'est encore l'avis de Rokitansky (4).

Après deux insuccès éprouvés à Paris par Dupuytren et Malgaigne, la gastrotomie fut presque complètement abandonnée en France jusqu'à une époque relativement récente, où divers chirurgiens, poussés les uns par une hardiesse que le succès est souvent venu légitimer, les autres par la pratique de l'ovariotomie qui fournit un nouvel argument en faveur de cette méthode, la remirent en honneur.

Ajoutons pourtant qu'ils ne sont pas nombreux. En France M. Besnier, M. le Dr Boinet, à l'opinion duquel ses succès d'ovariotomie donnent en pareille matière une grande autorité, sont partisans de cette opération. MM. Hilton, Bryant et Réali la conseillent aussi; ces deux derniers l'ont pratiquée avec succès en Angleterre et en Italie.

L'entérotomie, régularisée et simplifiée par M. Nélaton, et répandue surtout par les publications de ce professeur et de ses élèves, est certainement une des belles opérations instituées par la chirurgie moderne.

(1) Velse, Dissert. Lugd. Bot. 1742.

(2) Hevin, Mém. de l'Acad. de chir. . 1768.

(3) Hevin, Mém. posth. publié par Dezeimeris, 1836.

(4) Rokitansky, loc, cit.

C'est en 1710 que Littre (1) proposa le premier l'établissement d'un anus artificiel, à l'occasion d'un enfant mort d'une imperforation rectale. Il donna le conseil de faire une ouverture à l'abdomen, près de l'une des régions iliaques, d'aller chercher une portion du côlon, de l'ouvrir pour évacuer les matières et d'établir un anus contre nature, en fixant l'intestin à la plaie par des points de suture. Cette proposition fut fortement appuyée par Louis, mais ne reçut cependant son application dans un cas d'étranglement interne qu'en 1772. Renauld, maître en chirurgie à Joinville (Champagne), la pratiqua avec un plein succès (2) sur un homme de 23 ans atteint de rétrécissement de l'intestin consécutif à l'opération de la hernie étranglée.

En 1800, Callisen modifia le procédé de Littre, en proposant de décoller le péritoine, sans l'intéresser dans l'incision; plus tard M. Amussat reprit l'opération de Callisen condamnée par beaucoup de chirurgiens, et l'appliqua à tous les cas d'obstruction du gros intestin sous le nom d'*entérotomie lombaire*. Enfin, c'est en 1818 que le précepte d'un anus artificiel contre l'étranglement interne fut posé d'une manière claire et explicite par M. Maunoury (3).

Depuis lors et surtout à la suite des heureuses modifications que M. Nélaton a apportées au procédé opératoire et que nous indiquerons plus loin, on compte un grand nombre de succès dans le détail desquels il serait trop long d'entrer. Aujourd'hui la plupart des praticiens préfèrent l'entérotomie à la gastrotomie (4).

Cette préférence est surtout fondée sur la difficulté, sou-

(1) Mémoires de l'Acad. des sciences.

(2) Journal de médecine, t. LXXXI, p. 547.

(3) Thèses de Paris, 1818.

(4) Voir à ce sujet : Dupuytren, Leçons or. de clin. chir. 1839, t. III, p. 661; — Maisonneuve, Arch. gén. de méd., 1845, t. VII, p. 448; — Savopoulo, Thèses de Paris, 1854; — Nélaton, Path. chir. 1857; t. IV, p. 474; Tillaux, Bull. de Thérap. 1870, p. 308.

vent même l'impossibilité, de faire un diagnostic exact de la cause et du siège de l'étranglement et sur les désordres relativement plus considérables nécessités par la gastrotomie. Il nous paraît évident que, si l'on parvient à établir d'une façon certaine le diagnostic de chacune des variétés d'étranglement vrai et si d'autre part l'observation vient démontrer qu'on peut, au moyen de certaines précautions et dans un milieu convenable, ouvrir impunément la cavité péritonéale et développer l'intestin, il nous paraît évident que la gastrotomie sera dans ces conditions une opération rationnelle, profitable autant que l'entérotomie qui n'amène qu'une guérison incomplète et laisse le malade soumis à une infirmité grave et à une incommodité dégoûtante qui lui rend insupportables les conditions de l'existence.

Il n'appartient pas à notre inexpérience de trancher une question aussi délicate, et si nous sommes assez hardi pour émettre à ce sujet des opinions parfois un peu différentes de celles de praticiens renommés, c'est que nos idées ne sont pas uniquement spéculatives et que, s'il est des cas où l'observation les infirme, il en est d'autres où elle vient leur donner raison.

Nous ne sommes point de l'avis d'un auteur souvent cité et auquel on doit une thèse d'ailleurs fort bien faite sur l'entérotomie (1). M. Savopoulo, après avoir relaté quelques opérations d'anus artificiel, ajoute : « Quand on a de tels faits à avancer, on ne les discute pas, on est heureux de les constater pour l'honneur de la science. » Plus loin, enthousiasmé par les succès dont il avait été témoin, M. Savopoulo n'hésite pas à proscrire toute autre méthode opératoire et à regarder comme inutile la recherche de la nature de la maladie. N'est-il pas évident que la médecine a tout à gagner dans des pareilles discussions, et n'est-ce pas aller un peu loin que de déclarer qu'il est inutile de chercher à élucider un point de la science ? Nous ne saurions être aussi exclu-

(1) Savopoulo, loc. cit.

sif, et pour ce qui concerne les occlusions de l'intestin, nous pensons qu'il est certains cas dont l'entérotomie n'amènera pas les guérisons et où cette opération doit céder le pas à celle qui consiste à rechercher et détruire la cause de l'étranglement.

Pour pouvoir justement apprécier la valeur des objections soulevées contre chacune de ces deux méthodes, il est nécessaire d'étudier leurs diverses conditions de réussite. Avant tout, et quel que soit le procédé qu'on emploie, on ne saurait trop se souvenir qu'il ne faut pratiquer aucune de ces opérations quand on constate chez le malade l'imminence d'une péritonite et à plus forte raison si cette complication est déjà manifeste; l'invasion de cette nouvelle affection s'ajoutant à des désordres déjà considérables par eux-mêmes ôte, pour ainsi dire, tout espoir au praticien; aussi, du moment où celui-ci aura vu les accidents résister à la médication interne et se sera décidé à employer les moyens chirurgicaux, il ne doit pas temporiser. S'il laisse, en effet, au péritoine le temps de s'enflammer, le malade succombe presque toujours, non aux suites de l'opération, mais à la péritonite. Inutile d'ajouter que souvent, en pareil cas, on imputera la mort du malade au chirurgien qui déprécie par un insuccès presque inévitable des moyens qui peuvent être excellents en d'autres circonstances.

On ne reconnaîtra pas toujours facilement l'invasion de la péritonite; cependant en ayant égard au genre et au siège de la lésion, on en sera prévenu par l'acuité plus grande des douleurs, la violence des coliques, la sensibilité subite de l'abdomen, l'état fébrile, la vitesse et la dureté du pouls, l'altération et l'agitation du malade.

Dans un relevé de 300 autopsies, M. Duchaussoy a noté les cas où l'on avait trouvé les lésions de la péritonite; voici en abrégé le résultat de ses recherches; si elles ne sont pas d'une grande utilité pour les cas à venir, elles sembleraient cependant indiquer que certaines variétés d'étranglement sont spécialement prédisposées à cette complication.

Sur 92 autopsies	d'invagination, on a trouvé,	18	péritonites
— 14 —	d'obstr. par des corps étrangers,	5	—
— 15 —	— par des matières fécales,	9	—
— 65 —	d'étr. par brides, bandes, adhé.,	29	—
— 16 —	par des appendices,	7	—
— 20 —	par des diverticules,	20	—
— 28 —	de rétrécissement cancéreux,	15	—
— 12 —	— hypertrophique	6	—
— 16 —	cicatriciel ou inflammatoire,	10	—
— 21 —	de torsion.	15	—

On voit que les trois quarts des cas de torsion ont été compliqués de péritonite et que cette maladie ne s'est montrée que sur un cinquième des invaginations; ce sont les faits les plus saillants de ce tableau.

Une autre cause de péritonite que le chirurgien est mieux à même de prévenir, c'est l'épanchement sanguin ou l'extravasation des matières intestinales pendant le cours de l'opération; nous y reviendrons en parlant des manœuvres opératoires.

A côté de cette considération importante qui s'applique au résultat commun des deux opérations, il est des conditions de réussite spéciales à chacune d'elles, et que nous allons passer en revue.

Telle qu'elle a été instituée par M. Nélaton, l'entérotomie ne remplit d'une manière formelle, qu'une seule indication : évacuer l'intestin grêle. — Il est donc nécessaire que l'obstacle qui a produit l'étranglement soit situé non-seulement au-dessous de cette nouvelle issue, mais encore au-dessus de la valvule de Bauhin. Supposons, en effet, le côlon transverse étranglé par un rétrécissement fibreux (1) comme dans l'obs. XXXIV. Un anus artificiel, établi au lieu d'élection classique amènera bien la sortie des matières contenues dans les deux bouts de l'iléon, mais toutes celles

(1) Nous choisissons cet exemple parce qu'un pareil obstacle ne peut évidemment pas disparaître de lui-même, comme lorsqu'il s'agit d'un amas de matières fécales dont une débâcle peut amener l'expulsion ou d'une bride qui peut se détruire par les progrès du mal.

sonnées entre le siège de l'occlusion et la valvule iléo-cæcale qui n'en permet pas le reflux, resteront dans les côlons ascendant et transverse, jusqu'à ce que l'inflammation et la gangrène qu'elles y détermineront inévitablement amènent la mort du sujet.

Le fait s'est malheureusement produit plus d'une fois, et il nous suffit de citer le cas de M. Nélaton, rapporté dans ces cliniques de Trousseau et celui de M. Robert (1), relatifs tous deux à des malades chez lesquels l'obstacle siégeait au côlon descendant et qui ont succombé l'un et l'autre à la persistance des accidents d'étranglement.

Il est donc plus prudent de ne pratiquer l'entérotomie que lorsqu'on a établi un diagnostic précis du siège de l'étranglement et lorsqu'il est bien manifeste que le gros intestin est affaissé et vide.

Velpeau a cependant réussi à tourner cette difficulté et a opéré avec un plein succès, en 1856, un malade chez lequel l'obstacle était sur le gros intestin. Modifiant légèrement le procédé de M. Nélaton, ce professeur écarta l'anse d'intestin grêle qui se présentait à la plaie, pour aller chercher et ouvrir le cæcum; le procédé opératoire ainsi modifié, l'entérotomie est aussi rationnelle dans le cas d'étranglement du gros intestin qu'elle peut l'être lorsque l'oblitération siége sur l'iléon.

Une seconde condition, non moins importante pour la réussite de l'entérotomie, c'est que l'étranglement de l'intestin ne soit pas à une distance trop rapprochée de l'estomac, et c'est là surtout qu'il sera nécessaire d'établir un diagnostic précis du siège de la lésion. Admettant que l'anse distendue vienne se présenter à la plaie, ne sera ce pas une opération évidemment inutile que de pratiquer un anus artificiel à quelques décimètres du pylore? Il est hors de doute que la surface de l'intestin ne sera plus assez étendue pour que les phénomènes de nutrition puissent s'accomplir, et le malade mourra d'inanition, autant par la

(1) Besnier, Thèses de Paris, 1857, p. 62.

faute du chirurgien, que [par les désordres auxquels celui-ci cherche à porter remède. C'est une des objections les plus sérieuses qu'on a faites à M. Nélaton. Ces craintes sont assurément légitimes, mais l'observation a appris que presque invariablement c'est l'iléon ou le gros intestin qui sont étranglés et qu'on a les plus grandes chances pour ne pas tomber sur la partie supérieure de l'intestin grêle.

Une dernière circonstance qui peut seule amener la guérison complète de l'étranglement après l'entérotomie, c'est-à-dire le rétablissement du cours des matières par les voies naturelles et l'occlusion de l'anus artificiel, c'est la disparition naturelle de l'obstacle, cause première des accidents. On ne peut guère l'espérer que dans les cas d'obstruction, d'invagination ou de flexion; fort rare lorsque l'étranglement est produit par une bride ou un diverticule, elle devient impossible dans les cas de rétrécissements de quelque nature qu'ils soient.

L'obstacle doit donc être temporaire et ne siéger ni trop près de l'estomac, ni dans le gros intestin; ces trois conditions commandent au succès et si elles ne sont pas remplies on ne peut espérer la cure radicale de l'étranglement au moyen du procédé de M. Nélaton.

La gastrotomie qui répond à une indication plus nette, et par laquelle le chirurgien s'en va directement à la recherche de la cause des accidents pour la faire disparaître, ne nécessite pas autant de conditions préalables; dans cette opération tout se réduit à ceci : trouver l'obstacle et le détruire, et si la manœuvre semble plus compliquée que le procédé si simple de M. Nélaton, il faut convenir que cette difficulté est compensée par l'application bien plus générale de la gastrotomie.

Ces conditions posées nous amènent tout naturellement à examiner les objections qui ont été faites à cette dernière méthode.

On a reproché à ceux qui la proposent les grands désordres qu'elle nécessite, soit par l'étendue de l'incision, soit

par le développement à l'extérieur de l'abdomen d'une partie souvent considérable de la masse intestinale. Les succès obtenus dans la taille hypogastrique, où l'on fait à l'abdomen une ouverture de 8 à 12 centimètres, dans l'opération césarienne et l'ovariotomie où la plaie a jusqu'à 18 centimètres, enfin, la terminaison souvent heureuse des grandes blessures ventrales viennent démontrer que ce n'est ni à l'incision des muscles et du péritoine, ni au contact de celui-ci avec l'air extérieur qu'il faut attribuer le danger de l'ouverture du ventre ; aussi ne croyons-nous pas qu'on puisse arguer de ce fait pour proscrire la gastrotomie, si l'on ne proscriit du même coup et pour la même raison les opérations que nous venons de nommer, et qui sont cependant fréquemment suivies de guérison.

Une seconde objection, plus fondée que la précédente, est la difficulté, parfois même l'impossibilité de trouver le point étranglé et de se rendre compte du mécanisme de l'étranglement. Nous admettons qu'il est des cas où cette recherche soit fort difficile, mais rien n'empêche, après avoir pris les précautions nécessaires pour éviter toute espèce d'épanchement ou d'extravasation, de sortir les anses de l'intestin jusqu'à ce qu'on soit arrivé au siège précis de l'occlusion. Le cas rapporté par Bonet est un exemple de l'innocuité de cette manœuvre, et M. le Dr Boinet nous a dit avoir plusieurs fois examiné et nettoyé après une ovariectomie toute la masse intestinale, afin d'être sûr, avant de la réduire, de ne laisser dans l'abdomen aucune matière capable de produire des accidents inflammatoires en se décomposant dans la cavité péritonéale.

M. Tillaux a fort judicieusement fait observer (1) que, dans l'ovariotomie les intestins, préalablement vidés par un purgatif, sont refoulés, aplatis, et n'offrent aucun obstacle au chirurgien, tandis que, dans l'étranglement, la masse intestinale distendue outre mesure se précipite à travers l'ouverture faite à l'abdomen et complique singulièrement

(1) Bull. therap. 1870, p. 308.
1870. Larguier.

la recherche de l'agent d'étranglement. Ne serait-il pas possible de parer à l'inconvénient signalé par M. Tillaux en pratiquant sur ces anses ainsi distendues par les gaz intestinaux des ponctions capillaires qui permettraient l'expulsion de ces derniers et amèneraient l'affaissement de l'intestin ; dès lors celui-ci ne serait plus un obstacle aux investigations de l'opérateur.

On a encore objecté que si la plaie du péritoine ne se réunit pas, il en résulte une sorte d'éventration interne qui peut provoquer par la suite des accidents plus ou moins graves. Nous trouvons à ce sujet, dans l'*Union Médicale* (1), une observation qui prouve qu'en pareil cas cette réunion peut fort bien être obtenue ; M. Boinet a fait, à dix mois d'intervalle, deux ovariectomies sur la même femme, et il a pu se convaincre en pratiquant la seconde que la réunion de l'incision péritonéale précédente avait parfaitement eu lieu.

Il est enfin une dernière objection qu'on peut faire à la gastrotomie, c'est de ne pas être applicable dans les cas où l'obstacle siège à l'intérieur du tube digestif ou dans les parois de celui-ci. Faire, comme quelques auteurs le conseillent, une sorte de gastro-entérotomie, c'est-à-dire inciser l'intestin pour enlever l'obstacle, le suturer et le replacer dans l'abdomen, après avoir largement ouvert celui-ci et développé une portion plus ou moins grande d'intestin, nous semble, à moins de cas tout à fait exceptionnels, une manœuvre trop hardie et qui ouvre trop facilement les portes à la péritonite ; un des côtés remarquables de l'opération de M. Nélaton est précisément la sécurité qu'il offre à l'opérateur au point de vue de la pénétration des matières intestinales dans la cavité du péritoine.

Il sera préférable, en pareil cas, lorsque la nature et le siège de l'obstacle le permettront, d'attirer au dehors l'anse d'intestin sur laquelle il est situé et de la fixer à la plaie

(1) 1869.

cutanée. On ramènera ensuite cette dernière par quelques points de suture aux dimensions que conseille M. Nélaton pour l'entérotomie; c'est seulement alors qu'on pourra ouvrir l'intestin sans danger d'extravasation et en retirer l'obstacle.

Telles sont les raisons qui ont engagé plusieurs praticiens à rayer la gastrotomie du cadre des opérations chirurgicales; voyons maintenant s'il n'en est pas d'autres qui militent contre l'entérotomie. Nous ne reviendrons pas sur les diverses conditions nécessaires à la réussite de cette opération; une des objections les plus importantes et les mieux fondées qu'on peut lui faire est précisément de n'être utile que dans un nombre de cas assez restreints. L'incertitude dans laquelle on est trop souvent pour déterminer la cause et le siège de la lésion a fait faire plusieurs fois des entérotomies inutiles; aussi un diagnostic exact est-il de toute nécessité. Il est hors de doute qu'aucun chirurgien ne voudrait établir un anus contre nature sur une anse d'iléon dans un cas de torsion du duodénum ou d'oblitération invincible du côlon. Il faudrait dans ce dernier cas ou renoncer à l'opération telle que l'entend M. Nélaton, et qui n'amènerait qu'un soulagement très-passager, ou bien, à l'imitation de Velpeau, chercher le cæcum pour en faire l'ouverture. C'est ce que recommande aussi M. le D^r Thomas (de Tours), auquel cette modification a parfaitement réussi(1).

La pratique démontre en outre que dans l'opération de l'entérotomie, les choses ne se passent pas toujours comme l'indique M. Nélaton. D'après ce professeur, ce serait en effet constamment une anse du bout supérieur à l'étranglement qui viendrait faire hernie à la plaie de l'abdomen et se présenter au bistouri. Il faut reconnaître qu'il en est ainsi dans la majeure partie des cas, mais ce n'est point un

(1) Occlusion intestinale datant de 33 jours. Entérotomie cæcale Guérison et rétablissement du cours normal des matières. Société imp. de chirurgie, séance du 28 avril 1869.

fait constant. Ainsi, dans les rétrécissements multiples du petit intestin, il peut y avoir une distension considérable d'une anse située entre deux points étranglés; que cette anse vienne se présenter à l'ouverture cutanée, l'anus artificiel qu'on y établira ne sera d'aucune utilité. Il en est de même dans les cas où une portion d'intestin est étranglée en deux points par un même nœud diverticulaire ou par une bride quelconque; l'anse comprise entre ces deux points sera distendue aussi bien que le bout supérieur, et si le hasard veut que ce soit sur elle que tombe l'incision, celle-ci sera encore inutile.

Lors même que l'étranglement siégerait en un seul point de l'intestin, le bout supérieur n'est pas nécessairement vide de gaz et affaissé sur lui-même; nous en trouvons la preuve dans la relation d'une entérotomie pratiquée en 1863 par M. Fournier (1). Ce chirurgien incisa, selon le conseil de M. Nélaton, la première anse qui se présenta à l'ouverture; il n'en sortit que des gaz, et l'on fut obligé d'en rechercher une autre avec laquelle on obtint un meilleur résultat. Le malade mourut, et l'on put constater que la première anse incisée était inférieure à l'étranglement. Ajoutons enfin, et c'est l'opinion de M. Nélaton lui-même, que l'ouverture et la suture du canal intestinal offrent bien plus de chances de péritonite que la simple incision et les investigations nécessitées par la gastrotomie; (admettant d'ailleurs qu'on réussisse dans les deux cas à empêcher toute extravasation sanguine ou fécale dans la cavité du péritoine.)

On voit, d'après tout ce qui précède, et c'est ce qu'il nous importait de démontrer, que la gastrotomie et l'entérotomie ont chacune leurs indications et leurs contre-indications. Ce sont deux opérations aussi différentes dans leurs conséquences que distinctes par leurs applications; c'est pourquoi nous ne cherchons pas à les mettre en parallèle et à faire de chacune d'elles une méthode générale applicable

(1) *Gaz. des hôp.*, 1863, p. 599.

à l'exclusion de l'autre à tous les cas d'étranglements, quels qu'ils soient. Il est des variétés d'occlusion intestinale qui ne peuvent être guéries que par la destruction de la cause qui les a produites, et d'autres dans lesquelles l'évacuation artificielle des matières sera seule utile, soit en atténuant les effets de la lésion locale, soit, dans certaines circonstances, en laissant à l'obstacle le temps de disparaître naturellement.

Il serait d'ailleurs facile de prouver, par les résultats obtenus jusqu'à présent dans la pratique des deux opérations, que toutes deux doivent être conservées. Ce n'est pas que l'on doive accorder en pareil cas une grande valeur à la statistique; les faits ne sont point encore assez nombreux pour être tout à fait probants. D'ailleurs, dans bien des observations, on peut voir que l'insuccès doit être attribué bien plus à un retard dans l'intervention du chirurgien ou à des circonstances concomitantes défavorables qu'aux côtés defectueux du procédé opératoire, tout comme il en est d'autres couronnées de succès, où il semble qu'on ait eu affaire à un de ces sujets qui résistent à tout, et dont Scarpa disait: « S'il est des malades que vous ne pouvez toucher, il en est que vous ne pouvez tuer (1). En se bornant à constater les faits, sans entrer dans aucun détail sur la signification de chacun d'eux, on voit que, sur une cinquantaine d'entérotomies pratiquées jusqu'ici, 29 ont été suivies de guérison (2); sur 19 gastrotomies, on compte 9 succès (3)

(1) Un des opérés de M. Réali (mars 1849), guérit après trois incisions et trois sutures intestinales, suivies d'un épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale, d'une péritonite suraiguë et malgré des écarts de régime qui arrêlèrent la convalescence!

(2) *Ent. ilaques*, Renauld, Fine de Genève, Pring, Joël de Rolle, J. Luke, Holmes, Anderson, Martland, Nélaton (4), Maisonneuve, Velpeau, Putégnat, Dolbeau (3), Thomas de Tours, Guyon.

Ent. lombaires, Pennel, Field, Evans, Burgraeve, Clarkson, Amussat (3), Didot.

(3) Bonet, Nuck, Reali (2), Fuschius, Bryant, Borelli, Reybard, Lorquet.

soit près de la moitié. Quelle que soit la valeur qu'on donne à une statistique, il est impossible de trouver dans ces chiffres des raisons pour proscrire la gastrotomie de la thérapeutique chirurgicale.

Le choix entre la gastrotomie et l'entérotomie étant subordonné aux indications de la maladie, il n'est point indifférent d'employer l'une ou l'autre de ces deux méthodes; on ne peut toutefois prendre de détermination à cet égard qu'à la condition d'être éclairé sur la nature et le siège des accidents. C'est cette considération qui nous a fait rechercher avec soin la signification des phénomènes pathologiques dans les diverses variétés d'étranglement, et c'est afin de pouvoir instituer à chacune d'elles un traitement chirurgical rationnel que nous avons essayé d'établir exactement leurs caractères différentiels.

Il nous reste donc à passer en revue les diverses espèces d'étranglements que nous avons étudiées et à proposer pour chacune d'elles le traitement chirurgical qui nous paraît le mieux lui convenir; nous serons bref dans cette partie de notre travail; car, connaissant les indications et les contre-indications de la gastrotomie et de l'entérotomie, on se représente bien facilement quels sont les cas justiciables de l'une ou de l'autre de ces opérations.

I

Obstructions par des matières fécales, des ascarides ou des concrétions intestinales. — Il est rare que les accidents d'occlusion produits par ces deux causes résistent aux moyens médicaux ou mécaniques qu'on peut leur opposer. Dans le cas où l'on serait obligé d'avoir recours à la chirurgie, il faudra, en raison du siège de la lésion qui est toujours le gros intestin, pratiquer un anus artificiel, non pas sur l'iléon, mais sur le cæcum. D'après la nature de l'obstacle, on aura les plus grandes chances de voir l'an-

artificiel s'oblitérer au bout de peu de temps et les matières reprendre leur cours normal.

Obstructions par des corps étrangers introduits dans le tube digestif. — Généralement arrêtés au-dessus de la valvule iléo-cæcale, ils sont justiciables de l'entérotomie par le procédé de M. Nélaton. Si cependant leur nature ou leur forme faisait craindre que leur présence dans le tube digestif n'y détermine des accidents d'inflammation, il faudrait aller à leur recherche en ouvrant l'abdomen et inciser l'intestin après l'avoir assujéti au bord de la plaie cutanée et refermé celle-ci dans le reste de son étendue.

Obstructions par des calculs biliaires.— Ordinairement dans le petit intestin et plutôt à sa partie supérieure. La possibilité qu'on a de dissoudre les calculs dans l'intérieur du tube digestif nécessite rarement l'emploi des moyens chirurgicaux. Si les accidents persistent et si l'étranglement siège dans le duodénum, comme c'est le cas le plus fréquent (Duchaussoy), il faudra aller droit à l'obstacle, l'enlever et faire une suture à l'intestin qu'on replacera dans la cavité abdominale. Pratique dangereuse, comme nous l'avons dit, et qui ne nous semble indiquée que dans ce seul cas. Il en sera de même pour les polypes du duodénum ou du jéjunum; s'ils siègent dans l'iléon, il sera utile d'établir un anus artificiel, dont on ne pourra, d'ailleurs, espérer l'oblitération que si le polype vient à se détacher de lui-même.

II.

Invaginations. — C'est une des variétés d'occlusion interne que la péritonite complique le plus rarement; en outre sa guérison spontanée par dédoublement ou par gangrène et élimination de la portion invaginée s'observe dans près du tiers des cas (38 sur 135, Duchaussoy). De plus

nous avons vu que le diagnostic est relativement facile à établir ; aussi, contrairement à ce qui est recommandé dans les autres espèces d'étranglement, il est permis de ne pas trop se presser de recourir à l'intervention chirurgicale. Si l'on suppose cependant, d'après l'état général et la constitution du malade, qu'il ne pourra supporter la période de gangrène et d'élimination du séquestre intestinal, il sera préférable de recourir à la gastrotomie pour dédoubler l'intussusception avant que des adhérences se soient établies entre ses différents cylindres. Si l'on tarde trop à intervenir, on pourra trouver l'intestin ramolli ou gangrené sur quelques points de sa surface ; d'autres fois, il existera déjà plusieurs adhérences entre la partie invaginante et la partie invaginée. M. Maisonneuve propose, en pareille circonstance de faire ce qu'il appelle une *entéro-anastomose* ; c'est-à-dire d'enlever toute la partie invaginée et d'anastomoser les deux bouts de l'intestin au moyen de quelques points de suture. Cette opération n'a été tentée que deux fois et a toujours amené la mort ; elle est rejetée avec d'autant plus de raison, qu'il est toujours possible de lui substituer d'autres méthodes moins dangereuses.

Il serait infiniment préférable, dans les cas dont nous parlons, de fixer au dehors les deux bouts de l'intestin dont on vient d'enlever une portion, et de laisser à la nature le soin de rétablir la continuité du tube intestinal.

Torsions. — Généralement sur le gros intestin ; l'S iliaque est leur siège le plus habituel.

Dans plusieurs cas où la gastrotomie a réussi, il s'agissait de torsion ou d'enroulements de l'intestin ; toutes les fois qu'on sera sûr du diagnostic, on devra donc recourir à cette méthode. Le siège ordinaire de la lésion est d'ailleurs une contre-indication de l'entérotomie.

Flexions. — On aura plutôt recours à l'entérotomie. L'intestin doit ordinairement cette disposition vicieuse à des adhérences qui le fixent aux cavités abdominale ou pel-

viennent, et que des manœuvres à l'intérieur de l'abdomen ne détruiraient ni facilement, ni impunément.

III.

Constrictions par brides, bandes, appendices diverticulaires, etc. — C'est de toutes les variétés d'occlusion la plus justifiable de la gastrotomie. L'entérotomie est d'ailleurs formellement contre-indiquée; elle procurera certainement un soulagement considérable, mais il ne sera que très-passager, et la persistance de l'étranglement amènera presque infailliblement la gangrène, la péritonite et la mort. Il est en effet excessivement rare de voir l'intestin se dégager spontanément d'une bride qui le resserre.

Le procédé opératoire variera un peu selon qu'on aura à faire à une simple bride péritonéale ou à un appendice diverticulaire; dans ce dernier cas, il sera bon, si on ne peut le dénouer, comme on doit l'essayer tout d'abord, de le lier avant d'en faire la section.

Constriction dans les ouvertures normales ou anormales. — La gastrotomie est encore l'opération la plus rationnelle, soit qu'on retire l'intestin de l'ouverture dans laquelle il s'est engagé, soit que l'impossibilité de cette dernière manœuvre exige le débridement de l'agent constricteur.

IV.

Compression. — Si la tumeur ou les organes qui compriment l'intestin ne peuvent point être enlevés ou déplacés, il faudra pratiquer un anus artificiel le plus près possible de l'obstacle, afin de permettre au malade de profiter autant que possible des chances de vie que lui laisse la nature de sa tumeur.

V.

Rétrécissements. — La gastrotomie est, nous l'avons vu, une opération dangereuse lorsque l'obstacle siège dans

l'intestin ou dans ses parois; aussi en pareil cas l'entérotomie présente seule quelques chances de réussite.

Dans les rétrécissements du gros intestin, on établira l'anus artificiel soit sur le cæcum à l'imitation de Velpeau, soit sur les côlons au moyen du procédé d'Amussat. C'est dans ces circonstances qu'on a obtenu de fort beaux résultats de cette dernière méthode.

Si le rétrécissement siège sur l'iléon, comme le plupart des rétrécissements cicatriciels, on emploiera le procédé de M. Nélaton.

Il n'entre pas dans notre plan de décrire le procédé d'Amussat et celui de M. Nélaton; nous ne ferions que copier ce qu'on trouvera dans tous les traités de médecine opératoire.

Quant à la gastrotomie, voici en quelques mots la façon dont on devra la pratiquer; comme ce n'est point une opération bien réglée, il n'est pas possible de la décrire méthodiquement.

Après avoir vidé la vessie du malade et l'avoir chloroformé, on pratique sur la ligne blanche une incision de 15 à 18 centimètres, s'étendant de l'ombilic à 2 ou 3 centimètres de la symphyse pubienne. Cette incision, qui intéresse dans une même longueur toutes les couches de la paroi abdominale, doit être faite avec les précautions nécessaires pour empêcher tout épanchement de sang dans la cavité du péritoine.

On fait ensuite écarter par des aides les deux bords de l'incision, et l'on examine, des yeux d'abord, puis avec la main, si c'est nécessaire, les viscères abdominaux. Si ces recherches là sont inutiles, on attire les intestins au dehors, on les déplisse et on les passe en revue jusqu'à ce qu'on arrive à la partie étranglée. Ces manœuvres doivent se pratiquer avec beaucoup de précautions, les doigts entourés de fines compresses.

Le lésion une fois reconnue et traitée comme elle doit

l'être, on nettoie avec grand soin le péritoine, de façon à n'y rien laisser qui puisse en amener l'inflammation. On réduit avec douceur les viscères qu'on a sortis de l'abdomen, et l'on ferme complètement la plaie par deux sutures, l'une superficielle, entortillée; l'autre profonde, en fils d'argent. — On nettoie le malade et on lui donne les soins qu'exige ce genre d'opération, surveillant tout spécialement les fonctions intestinales qu'on cherche à rétablir par tous les moyens que la prudence permet d'employer.

II. — PONCTION DE L'INTESTIN.

Les deux opérations dont nous venons de parler sont longues, délicates et dangereuses; aussi, quand les progrès du mal les rendent inévitables, le chirurgien ne les pratique jamais sans de grandes appréhensions. Parmi les procédés auxquels on a eu recours pour éviter l'emploi de ces moyens dangereux, il en est un fort rarement employé, mais qui, presque toujours, a donné de brillants résultats; ce procédé, qui répond à la même indication que l'entérotomie, consiste à ponctionner l'intestin pour donner issue aux matières qu'il contient. Les succès constants qui ont suivi cette petite opération, sa simplicité et son innocuité, nous engagent à attirer l'attention sur ce mode de traitement trop peu connu, et qui nous paraît avoir droit à une place importante dans la thérapeutique des occlusions intestinales.

Depuis longtemps on remédie à la tympanite par des ponctions faites au moyen de trocarts excessivement fins qui donnent passage aux gaz intestinaux. On sait que ces ponctions ne sont en aucune façon douloureuses et ne présentent aucun danger, aussi peut-on s'étonner que ceux qui les ont conseillées n'aient pas pensé à la possibilité de se servir avec tout autant de sécurité d'un trocart plus volumineux dont on laisserait la canule à demeure dans l'intestin pour donner une issue non-seulement aux gaz, mais encore à une partie des matières contenues dans le tube digestif. Cette

opération, que nous appellerons *entérocentèse* pour la distinguer de la ponction capillaire destinée uniquement à combattre la tympanite, n'a été pratiquée que très-rarement; nous n'avons pu en trouver que cinq observations; dans quatre de ces cas, les accidents d'étranglement se sont terminés par une guérison plus ou moins complète; le sixième concerne un malade fatalement voué à la mort, mais dont l'opération a certainement prolongé l'existence.

Les auteurs qui ont eu l'idée de ce procédé, n'en ont parlé que d'une façon incidente, sans s'appuyer sur des faits bien constatés et sans l'ériger en méthode curative de l'étranglement interne; leur nombre est d'ailleurs fort restreint.

M. Piorry, dans le chapitre des sténosies de l'angibrôme, croit qu'on pourrait remédier à leurs effets en ponctionnant une anse d'intestin, et en y laissant une canule pour donner issue aux matières liquides accumulées au-dessus du rétrécissement. Trousseau, dans une leçon clinique faite à propos d'un malade opéré par Jobert, crut pouvoir affirmer, d'après le récit de l'autopsie, qu'une ponction instituée peu après le début des accidents, aurait été d'une grande utilité.

Enfin, dans une thèse sur l'étranglement interne, soutenue récemment à Strasbourg, M. le Dr C. Benoit a rapporté l'observation détaillée d'un malade guéri par cette opération; dans les réflexions qui suivent le récit de ce fait, M. Benoit fait entrevoir quelques-uns des avantages qu'on pourrait retirer de cette méthode.

Il est facile de montrer, par des observations très-concluantes, que l'adoption de l'entérocentèse comblerait une lacune dans la thérapeutique des occlusions intestinales; pour cela il ne sera pas inutile de rapporter, avec quelques détails, les faits qui la concernent et sur lesquels nous basons notre opinion. Ces faits sont, comme nous l'avons dit, au nombre de cinq; les voici consignés d'après l'importance du résultat obtenu.

Obs. XXVI. — Occlusion intestinale. Deux ponctions, guérison sous fistules stercorales.

Jules Bernard, âgé de 50 ans, né à Dieulefit (Drôme), mégissier, d'un tempérament sec, bilieux, habituellement constipé; son métier l'oblige à courir les campagnes pour acheter des peaux; aussi ses repas sont toujours irréguliers. Pendant la belle saison, il se nourrit exclusivement de fruits et de légumes. — Le vendredi 20 septembre 1867, il va à 2 kilomètres de sa résidence dans sa propriété, et y mange des figues fraîches en assez petite quantité; mais les jours précédents, il en avait déjà mangé. Il rentre chez lui, fait un repas consistant en pommes de terre cuites dans les cendres, retourne à sa propriété, où il mange de nouveau des figues, et le soir, ne se sentant pas bien, il se met au lit, après avoir pris un simple bouillon. Pendant la nuit, il a une indigestion; il vomit à plusieurs reprises des matières composées en grande partie de débris végétaux, mais il n'a pas de selles (notons qu'il n'en avait pas eu depuis deux jours, malgré l'emploi de lavements nombreux). Il boit des tisanes émollientes, se fait appliquer sur le ventre des cataplasmes de graine de farine de lin; et s'abstient de toute nourriture. Le traitement est continué jusqu'au 25 septembre au soir, époque à laquelle il me fit appeler.

Le 25 septembre au soir. Pouls à 100, langue sèche et rouge, envies fréquentes de vomir, ventre très-volumineux et très-tendu. Je remarque, entre le rebord des fausses côtes gauches et l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté, une énorme tumeur qui, par la percussion, donne 60 centimètres de long sur 8 de large, paraissant siéger dans le côlon descendant, et se déplaçant légèrement quand je fais coucher le malade sur le côté droit; un hoquet incessant le fatigue beaucoup.

Bernard porte depuis très-longtemps une hernie inguinale gauche, qui se réduit facilement et ne donne lieu à aucune douleur. Le doigt introduit dans le rectum ne rencontre aucun obstacle. Une énorme sonde en caoutchouc pénètre facilement à 15 centimètres, et son extrémité, quand on la retire, n'est nullement souillée par des matières fécales; l'œil de la sonde est seulement garni de glaires sanguinolents.

Je prescris une potion et un lavement purgatifs.

Le 26. Pouls à 110, hoquet très-pénible et plus fréquent que la veille. Il n'y a pas eu de selles; la langue est sèche, la soif est vive, le ventre ballonné et douloureux. Je prescris un lavement avec tabac, 2 grammes; puis des frictions belladonnées sur le ventre. Je

fais le massage de l'abdomen. Je dis au malade de changer de position; j'essaie le succussion. et j'applique de la glace sur le ventre. Je n'insiste pas sur les purgatifs donnés par le haut, en ayant reconnu l'inconvénient dans les cas de ce genre. Le soir, je prescris de nouveau un lavement avec tabac, 2 grammes.

Le 27. Toujours pas de selles, opuls à 140. Mêmes prescriptions que la veille; de plus, sur l'insistance de la famille, huile de ricin, 30 grammes.

Le 28. Pouls 140, à peine sensible. Hoquet incessant; vomissements de matières fécales stercorales. Peau couverte d'une sueur visqueuse. Extinction de la voix, urines rares, ventre très-ballonné, face hippocratique. C'est en présence de ces symptômes, qui annonçaient une mort prochaine, que je me suis décidé à pratiquer une ponction sur la tumeur, que je pensais être formée par une accumulation de matières fécales, de pepius, de graines, d'enveloppes de fruits, dans le côlon lombaire gauche. Au moyen d'un trocart à hydrocèle, je fais une ponction au centre de la tumeur, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Puis, après avoir fixé la canule, je retire le mandrin. Il s'échappe une grande quantité de gaz fétides et trois litres environ de matières stercorales liquides, jaunâtres, mélangées de débris de fruits. Aussitôt après la ponction, le ventre s'affaisse, le malade se sent soulagé; le pouls de 140 tombe à 112. La soif étant vive, j'ordonne l'eau fraîche pour boisson, en petite quantité à la fois.

Le 29. La nuit a été bonne. La langue est humide. Le pouls à 84. Le ventre est ballonné. Il ne s'écoule rien par la canule. Je m'aperçois qu'elle a abandonné l'intestin; je la retire, rien ne s'écoule par la plaie. Pas de selles par l'anus. Cataplasmes sur le ventre, lavements émollients. Eau pour boisson.

Le 30. Nuit agitée, pouls à 84. Langue humide, soif vive, ventre très-ballonné; le hoquet reparait et fatigue beaucoup le malade. Frictions belladonnées. Lavement avec miel de mercuriel. Eau pour boisson.

Le 1^{er} octobre. Les symptômes alarmants ont reparu. Je fais une nouvelle ponction à quelques millimètres de la première; il s'échappe par la canule une grande quantité de gaz et un litre de matières stercorales liquides, mélangées de graines de raisins et d'enveloppes de fruits. Le ventre s'aplatit; deux lombrics morts s'échappent par la canule.

Le 2. La nuit a été bonne; beaucoup de matières fécales et de débris végétaux se sont échappés par la canule. Le soir, on remarque quelques parcelles de matières fécales dans les lavements que

rend le malade. Quelques gaz s'échappent de l'anus; pouls à 84, faible.

Le 3. Selle composée d'un bouchon, gros comme le pouce, de matières fécales dures et jaunâtres; ces matières sont mélangées de graines de fruits et sont très-odorantes. Pouls très-faible, à 84; par la canule, il s'échappe des matières liquides, sans graines de fruits, et beaucoup de gaz fétides. La plaie de la première ponction, qui était fermée, s'est rouverte; elle donne issue à deux lombrics morts. J'enlève le soir même la canule, car je redoute une péritonite. Le pouls est à 110, la langue sèche, la soif vive et la prostration extrême. Lait, bouillon, élixir de Garus; boules d'eau chaude sur le ventre. Dans la nuit, nous voyons le malade, qui a eu des selles abondantes, renfermant beaucoup de graines de fruits.

Le 4. Langue bonne, pouls à 100. Ventre peu ballonné. Les deux plaies résultant des ponctions sont fistuleuses et donnent issue à des matières stercorales liquides. Lait, bouillon, élixir de Garus.

Le 5. Pouls à 116. La nuit a été calme; deux petites selles; un lombric est expulsé par l'anus; soif vive, ventre ballonné, un peu douloureux à la pression; hoquet léger; écoulement de matières stercorales par les fistules. Lait, bouillon, élixir de Garus. Lavements émollients.

Le 6. Pouls à 100. Hoquet moins fréquent, pas de selles, ventre très-tendu avec gargouillements; soif vive. Même prescription que la veille.

Le 7. Pouls à 100. Ventre moins tendu; beaucoup de gaz et de matières se sont échappés par la première fistule. La plaie résultant de la seconde ponction est fermée. Deux selles diarrhéiques contenant beaucoup de débris de fruits.

Le 8. Même état qu'hier; deux selles.

Le 9. Pouls à 100. Ventre assez souple. La fistule qui persiste fournit beaucoup de matières bilieuses. Une selle en diarrhée. Langue humide, soif moins vive; physionomie bonne; sommeil, désir de prendre des aliments; bouillon, lait, potage, poulet, vin.

Le 10. Pouls faible, à 96. Langue humide; le malade a mangé du pain et du poulet; borborygmes; ventre ballonné. Ce matin, une selle moulée. Bouillon, vin, cervelle de mouton.

Le 11. La nuit a été bonne; beaucoup de matières et de gaz s'échappent par la fistule; les lavements sont rendus très-peu souillés; le malade a mangé, sans en être incommodé, la moitié d'une cervelle de mouton; il s'est levé, *arché* seul; pouls à 92, langue bonne. Même alimentation.

Le 12. Nuit bonne; pouls 100; appétit; une selle; ventre plat. La fistule donne issue à une grande quantité de matières et de gaz. Lavements; vin, potage, côtelette.

Le 13 et 14, rien de particulier.

Le 15. Pouls à 100. Désir des aliments. Côtelette. La première plaie s'ouvre une deuxième fois, et toutes deux donnent issue à des matières abondantes. Une selle moulée; langue bonne.

Le 17. Pouls à 100. Deux selles diarrhéiques le matin, très-fétides; des vents s'échappent volontairement de l'anus. Langue bonne, appétit; quelques élancements dans les fistules, qui fournissent un écoulement abondant. Ventre un peu ballonné.

Le 18. La nuit a été mauvaise. Ventre très-ballonné, ce qui tient à ce que la hernie du malade s'est engouée. Je la réduis, et aussitôt le ventre s'aplatit. Bouillon, lait, lavements.

Le 19. Coliques. Les fistules fournissent un écoulement abondant. Ce matin, à 3 heures, selle très-fétide. Au moment de ma visite, le ventre est très-ballonné, je m'aperçois que la hernie du malade est de nouveau engouée. Je la réduis, et le ventre s'affaisse; pouls à 100.

Le 20. Depuis hier, il ne s'écoule plus rien par les fistules. Plusieurs selles et diarrhée; la nuit a été bonne. Ventre un peu ballonné; pouls à 100. Ce matin, le malade a rendu par l'anus le contenu d'un grand vase de nuit de matières fécales renfermant une forte quantité de résidus de fruits et d'enveloppes de haricots. Régime ut supra.

Le 21. Selles moulées abondantes avec débris de fruits. Nuit bonne; appétit soutenu, ventre un peu ballonné, pouls à 90. Le malade expulse des vents par l'anus. Les fistules ne coulent plus.

Le 22. Rien de nouveau. Deux selles moulées, avec débris de fruits; pouls à 84.

Le 24. Nuit bonne. Le malade est resté levé pendant une grande partie de la journée et est même sorti. Le matin, le pouls est à 100. Deux selles dans la nuit, avec débris de haricots ingérés il y a un mois.

Le 27. Les fistules sont complètement fermées. Le facies est bon, la langue est bonne, l'appétit vif; deux selles. Le malade reste levé toute la journée. A partir de ce jour, l'état général s'est rapidement amélioré, et le 5 novembre, Bernard a pu reprendre ses occupations habituelles. La guérison était complète (1).

(1) Dr E. Benoit de Dieulafit (Drôme), Ch. Benoit, thèses de Strasbourg, 1868.

OBS. XXXVII. Ponction de l'abdomen à l'aide d'un trocart volumineux et formation d'un anus contre nature.

Une femme âgée de 34 ans, robuste, et jouissant habituellement de bonne santé, fit appeler le Dr Gibson, le 10 décembre 1835. Elle déclare que, depuis le 2 de ce mois, époque à laquelle elle avait eu une garde-robe peu abondante, elle n'était pas allée à la selie. Depuis plusieurs mois déjà, elle avait éprouvé des douleurs abdominales, de la constipation, une grande difficulté à expulser les matières fécales, et en même temps un certain degré de distention douloureuse de la région iliaque droite. Elle présentait, lorsqu'il la vit pour la première fois, tous les symptômes propres à l'obstruction intestinale, et en particulier des éructations et des nausées, mais peu ou pas de vomissements. On administra du calomel, de la rhubarbe et des purgatifs salins. On fit ensuite usage du tube d'O'Beirn, qu'on put faire pénétrer dans l'étendue de 14 pouces, et on injecta de grandes quantités d'huile de ricin, de térébenthine etc.... Ces substances furent rejetées sans avoir subi de modifications. L'emploi de ces derniers moyens fut continué jusqu'au 13 décembre. On administra alors l'opium à la dose 3 grains toutes les deux heures. Ce médicament n'eut d'autre résultat que d'amoindrir la douleur, qui était devenue très-intense et de procurer du sommeil. C'est à cette époque que sir H. Cooper vit la malade, et il porta tout d'abord un pronostic très-défavorable, la prostration était extrême; le facies exprimait l'anxiété et l'abattement; le pouls était faible et fréquent, l'abdomen était extrêmement distendu; il y avait des hoquets, et de temps à autre des vomissements d'une matière fétide. Un examen attentif de l'abdomen ne fit découvrir aucune tumeur, aucune induration. La distension était uniforme, si ce n'est qu'on remarquait une légère proéminence arrondie au niveau de la fosse iliaque droite qui était en même temps plus douloureuse que le reste de l'abdomen.

Des fomentations émollientes, et narcotiques furent employées jusqu'au 15 au soir, époque à laquelle les symptômes s'étaient effacés à tel point que les forces vitales étaient décidément chancelantes, et qu'il était devenu nécessaire de déterminer s'il y avait lieu d'opérer, et quel mode opératoire serait choisi. Dans la discussion de ces questions, les considérations suivantes devaient être prises en considération; le rectum et l'S iliaque du côlon n'étaient pas le siège de l'occlusion, puisque le tube d'O'Beirn avait pénétré facilement et que, d'ailleurs, on avait pu injecter dans l'intestin une assez grande quantité de liquide.

Ce fait que la partie la plus proéminente et la plus distendue correspondait à la fosse iliaque droite, indiquait le cæcum comme siège du rétrécissement. La distension était probablement produite par la tête du côlon ou une partie du tube digestif très-voisine. La douleur, manifeste dans cette région, portait à penser qu'il s'était développé là un peu de péritonite, et que probablement l'intestin adhérait à la paroi abdominale. Cette paroi était peu épaisse dans la région douloureuse, ainsi que l'indiquait le son obtenu par la percussion. Ces diverses considérations autant que la gravité des symptômes, déterminèrent MM. Gibson et H. Cooper à pratiquer une ponction à l'aide d'un trocart volumineux, au niveau de la partie la plus proéminente de l'abdomen, dans le but de procurer tout au moins un soulagement temporaire. L'opération fut en somme celle de la paracentèse abdominale, avec cette différence, toutefois, que la ponction ne fut pas pratiquée sur la ligne médiane, mais bien au niveau d'un point situé à 3 pouces à droite et à 1 pouce au-dessous de l'ombilic. Dès que le trocart fut introduit, il s'écoula par la canule une énorme quantité de gaz, bientôt suivie de matières fécales; une amélioration presque subite se manifesta alors dans l'état du malade. La canule fut fixée dans la plaie, et on résolut de l'y laisser pendant trois jours, dans l'espoir que, pendant ce temps, des adhérences se formeraient entre l'intestin et la paroi abdominale, et aussi dans l'intention de rendre, en attendant, mécaniquement impossible l'épanchement des matières dans la cavité péritonéale; une vessie constamment humectée, qu'on vidait de temps en temps, y fut adaptée pour recevoir les gaz et les matières fécales.

Au bout de trois jours, un tube de gutta-percha, fermé par un bouchon fut substitué à la canule; mais on dut bientôt le supprimer, parce qu'il s'adaptait mal. On se contenta dès lors de maintenir béant l'orifice de l'anus contre nature, au moyen d'un tampon de charpie bien graissé et de veiller à ce que les matières fussent toujours d'une consistance convenable. On parvint aussi à produire un agrandissement notable de cet orifice à l'aide de bouchons d'éponge préparée. La convalescence fut pendant quelque temps entravée par divers accidents, et en particulier par un état de débilité nerveuse; mais enfin elle se prononça définitivement vers le milieu de l'été. Aujourd'hui (treize mois après l'opération) cette femme a repris son embonpoint et ses forces habituelles, et elle peut vaquer sans inconvénient aux occupations que nécessite l'entretien de la maison. Ses fonctions s'exécutent régulièrement. Elle prend chaque jour un peu de sel d'Epsom et obtient ainsi chaque

jour une évacuation demi-liquide accompagnée de l'émission d'une grande quantité de gaz.

L'orifice de l'anus artificiel est à peu près du diamètre du petit doigt. L'abdomen a constamment un développement exagéré, ce qui tient sans doute à ce que l'intestin est toujours distendu à l'excès, par suite de la paralysie de ses tuniques. Depuis l'époque où l'occlusion intestinale s'est prononcée, aucune évacuation de matière fécale ne s'est opérée par les voies naturelles; seulement, de temps à autre, il y a par l'anus émission de gaz et de mucus concrets (1).

Obs. XXXVIII. — Étranglement par compression de l'intestin. Ponction de ce viscère, guérison avec une fistule stercorale.

A. K., âgée de trente-quatre ans, avait eu depuis longtemps les garde-robes rares et difficiles, lorsque, en décembre 1855, elles se supprimèrent complètement; jusque-là, d'ailleurs la santé générale avait beaucoup souffert. Après dix jours tous les symptômes d'une obstruction complète s'étaient déclarés (météorisme, hoquet, vomissements fécaloïles, prostration). Après les avoir combattus pendant deux jours par les moyens usuels inutilement, voyant d'ailleurs que la malade était à l'agonie, on ponctionna l'intestin au point le plus saillant avec un fort trocart. La malade fut immédiatement soulagée; elle guérit parfaitement avec une fistule stercorale, et jouit d'une santé excellente pendant quinze mois. En mars 1857, elle commença à s'affaiblir, une tumeur se développa à l'hypogastre, et la malade succomba le 10 juin.

À l'autopsie, on trouve l'S iliaque oblitérée par une tumeur cancéreuse et par une bande ligamenteuse qui le comprimait contre les os du bassin. L'orifice de la fistule, qui présentait les dispositions habituelles aux fistules stercorales, communiquait avec le cæcum; celui-ci était parfaitement sain. Il y avait en outre, dans le bassin, une énorme tumeur cancéreuse, qui paraissait s'être développée de l'ovaire droit, et qui contribuait pour sa part à l'obstruction de l'intestin (2).

Obs. XXXIX. Occlusion intestinale. Ponction. Guérison.

L. 70 ans. Pas d'antécédents. Le 3 octobre 1868, coliques et constipation opiniâtre, le 5, vomissement.

Le 6, le malade est transporté à l'hôpital de Saint-Claude (Jura),

(1) *British medical journal*, 1857, p. 147.

(2). H. Cooper, *British medical journal*, n° du 8 août 1857.

Mêmes symptômes; l'abdomen est distendu; grande anxiété. Le 8^e mêmes symptômes aggravation de l'état général. On pratique une ponction sur une anse intestinale qui se dessine aux travers de l'abdomen; le trocart est enfoncé à quelques centimètres de la ligne blanche. Jet de gaz prolongé répandant l'odeur d'hydrogène sulfuré et suivi de l'évacuation de toutes de matières stercorales. La canule est retirée et le ventre s'affaisse dans la région qui circonscrit la ponction. Le côté droit restant saillant, on le ponctionne à son tour, même évacuation gazeuse d'abord, stercorale ensuite. Deux heures plus tard selles abondantes; de nombreuses évacuations liquides et gazeuses se succèdent rapidement, et le 24 le malade était guéri (1).

Obs. XL. Dans une 5^e obs. de ponction intestinale, la guérison n'a pas été obtenue, mais la vie a certainement été prolongée de plusieurs jours et la malade a éprouvé un grand soulagement à la suite de l'évacuation des matières. Il s'agissait, comme on peut le voir à la page 60, où nous avons déjà rapporté ce fait, d'une obstruction chronique du petit intestin, par suite d'adhérences provenant d'une péritonite ancienne. M. Hilton, voyant l'état désespéré de la jeune malade, fit appeler M. Birkett qui pratiqua à 2 pouces au-dessous et à 4 pouces à gauche de l'ombilic, une ponction avec un trocart à hydrocèle dont la canule fut laissée à demeure. Deux heures après on retira la canule; dans cet intervalle, plus d'un litre de liquide épais et brunâtre fut évacué. La malade, fort soulagée, vécut encore vingt jours.

Les conclusions qu'on peut tirer des faits qui précèdent, sont tout en faveur de l'entérocentèse et vont nous être d'un grand secours pour démontrer que cette opération, qui semble applicable à toutes les variétés d'étranglements internes, se recommande aussi bien par la simplicité de son exécution que par son innocuité.

L'objection la plus importante qu'on peut lui faire, c'est que, dans le cas où l'intestin viendrait à quitter la canule, le malade serait exposé à un épanchement des matières dans la cavité du péritoine et à la redoutable complication de

(1) Th. de Strasbourg. 1868. Résumé d'une observation de M. le Bavoux.

l'inflammation de cette membrane. Sans vouloir nier la possibilité d'un pareil accident, il faut reconnaître qu'il ne pourra guère se produire que dans les premières heures après l'opération, car on sait avec quelle rapidité s'établissent en pareil cas des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse. Admettant même que ces adhérences protectrices n'aient pas encore eu le temps de se former, l'expérience apprend que les craintes qu'on peut avoir au sujet d'un épanchement intra-péritonéal ne sont point aussi fondées qu'on pourrait le croire au premier abord. En effet, dans l'observation rapportée par M. Benoit, un mouvement du malade fit échapper la canule, et dans les cas de MM. Bavoux et Birkett, celle-ci fut retirée volontairement de l'intestin ; il ne survint cependant pas d'accidents du côté du péritoine, et l'on peut en conclure qu'il n'y eut aucun épanchement de matières intestinales. Cela s'explique par le mécanisme de la ponction qui produit, non pas une section de l'intestin, mais un simple écartement de ses fibres musculaires, de sorte que l'ouverture se ferme par le rapprochement de ces mêmes fibres, dès que la canule est retirée.

Il est d'ailleurs facile de prévenir le déplacement de la canule en surveillant attentivement l'affaissement de l'abdomen et en exerçant sur l'instrument de très-légères pressions, de façon à lui faire suivre tous les mouvements de l'intestin. Peut-être y aurait-il lieu, pour éviter toute chance d'extravasation dans le péritoine, d'apporter une légère modification au trocart dont on se servirait pour l'opération. Cette modification consisterait à fixer de chaque côté de la canule une sorte d'éperon qu'on développerait au moyen d'une petite articulation, dès que le trocart aurait pénétré dans l'intestin ; en opérant ensuite un petit mouvement de traction sur ces deux éperons, on attirerait de cette façon la paroi de l'intestin, et on la mettrait facilement en contact avec la paroi abdominale. Ce procédé serait en outre fort utile pour hâter la formation des adhérences.

On pourrait encore reprocher à cette opération de n'avoir pas des indications assez précises. Il n'est, en effet, guère possible d'être renseigné exactement sur la nature des matières contenues dans l'intestin ; or, toutes les fois que ces matières ne seront pas assez fluides pour s'échapper par la canule, l'entérocentèse sera inutile. Cette objection n'a que fort peu d'importance, puisqu'il paraît bien démontré que l'opération ne présente aucune espèce de danger. Si, après une ou plusieurs ponctions, le chirurgien voit qu'il n'obtient pas de résultat, il en sera quitte pour retirer la canule, et il aura néanmoins remédié à un des symptômes les plus pénibles de la maladie, en permettant aux gaz intestinaux de s'échapper bien plus rapidement et bien plus complètement que par des ponctions capillaires. Il faut, en tout cas, favoriser l'expulsion des matières intestinales, en exerçant de légères pressions sur l'abdomen aux environs de la ponction. Dans le cas de M. Birkett, l'opération parut un instant inutile, ce chirurgien eut alors l'idée d'introduire un stylet dans la canule, et aussitôt qu'il l'eut ressorti, un fluide épais s'échappa avec abondance de l'intestin. Il faudra donc toujours, avant de désespérer du succès, se convaincre, au moyen de cette petite exploration, que la lumière de l'instrument n'est pas obstruée par un fragment de matière solide. — Dans les cas indécis, on pourrait peut-être employer avec succès l'aspirateur pneumatique sous-cutané de M. Dieulafoy ; cet instrument présenterait le double avantage de forcer les liquides à sortir de l'intestin, et d'éviter d'une façon absolue toute chance d'épanchement dans le péritonée.

L'entérocentèse répondant aux mêmes indications que l'entérotomie, on pourrait lui faire plusieurs des objections qu'on a faites à cette dernière méthode, si ce n'était pas une opération inoffensive, et qui n'empêche en aucune façon le chirurgien de recourir à d'autres moyens lorsqu'il aura employé celui-là sans succès.

La simplicité et l'innocuité de cette opération empêchent

donc qu'on puisse lui faire des reproches bien fondés ; en outre, ses avantages nous paraissent ressortir d'une façon évidente des faits que nous avons rapportés.

Dans tous les cas que nous avons cités, et M. Benoît en fait la remarque à propos de son observation, la ponction a été pratiquée sans connaissance aucune du mode d'occlusion, et pourtant une guérison plus ou moins complète en a toujours été la conséquence. On peut donc établir que l'entérocentèse paraît applicable à toutes les variétés d'étranglement. Les autopsies montrent d'ailleurs que le contenu de l'intestin, au-dessus du point obstrué, est presque toujours liquide.

En outre, du moment où il est possible de le faire sans danger, il sera toujours avantageux de donner issue aux matières intestinales, quelle que soit la nature de l'obstacle. Le relâchement et l'affaissement de l'intestin sont en effet des plus utiles, soit en produisant une diminution de la congestion due à la stase stercorale, soit en permettant aux anses étranglées de se dégager plus facilement de la bride ou de l'ouverture qui les resserrent. Ces mêmes circonstances favoriseront, de la même façon, le dédoublement ou le déplissement de l'intestin dans les cas d'invagination, de torsion ou de flexion.

Si l'étranglement est dû à des matières fécales ou à des paquets d'ascarides, on aura beaucoup de chances, en débarrassant le tube digestif des liquides et des gaz qu'il contient, de réveiller la contractilité un moment affaiblie de la tunique musculieuse de l'intestin, et de provoquer l'expulsion des matières accumulées sur un point de son parcours (obs. 39).

Dans les cas de rétrécissement, de compression, dans tous ceux enfin que nous avons vus n'être justiciables que de l'entérotomie, rien n'empêchera de dilater la plaie de la ponction au moyen de laminaire ou d'éponge préparée. On obtiendra, de cette façon, un anus artificiel dont l'établissement n'aura été ni difficile ni dangereux. Dans les obs. 38

et 38. on peut voir que cet agrandissement de la fistule n'a pas même été jugé nécessaire.

Il est à remarquer enfin que, dans les deux cas où les matières intestinales ont repris les voies naturelles, les trajets fistuleux, résultant des ponctions, se sont oblitérés d'eux-mêmes et en fort peu de temps (obs. 36 et 39).

Enfin, quel que soit le résultat définitif et en admettant que l'opération n'ait pu amener une guérison complète, on sera néanmoins certain d'apporter un grand soulagement au malade en faisant disparaître, sans danger et sans douleur, un des symptômes qui le fatiguent le plus (obs. 40).

L'entérocentèse est d'une exécution fort simple, elle ne nécessite la présence d'aucun acide. Le point où l'on doit pratiquer la ponction ne peut pas être fixé à l'avance, il dépend du siège de l'obstacle et de la distension de l'abdomen. L'essentiel est de trouver un endroit où l'intestin soit manifestement distendu; les circonvolutions presque toujours dessinées à la surface de l'abdomen et la percussion seront des guides certains dans cette recherche.

Ce point déterminé, il nous semble préférable, avant de faire la ponction, de pratiquer une section de la peau de 6 à 8 millimètres d'étendue, afin d'avoir plus de facilité à faire pénétrer l'instrument. On choisira un trocart de 5 à 6 millimètres. Comme dans la ponction des kystes de l'ovaire, on en tient le manche dans la paume de la main droite, tandis qu'avec le doigt indicateur allongé sur la lame jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la pointe, on limite l'étendue de l'instrument qui doit pénétrer dans la paroi intestinale. On pose alors la pointe du trocart dans la petite section qu'on a faite à la peau, et d'un coup rapide on l'enfonce dans la paroi abdominale. — Ceci fait, on prend la canule de la main gauche, pendant que de la droite on retire la tige du trocart. On facilite l'écoulement par une légère pression sur l'abdomen, tout en veillant à ce que l'affaissement pro

gressif de l'intestin n'entraîne pas la sortie de la canule ; pour cela on exercera sur elle une fort légère pression. — Lorsqu'il ne s'écoulera plus que quelques gouttes de liquide, on fixera la canule aux parois de l'abdomen, au moyen de quelques fils et de quelques bandelettes de diachylon. Au bout de deux à trois jours, des adhérences se seront formées entre l'intestin et la paroi abdominale, et l'on pourra retirer l'instrument.

Dans le cas où une première ponction paraîtrait inutile, il serait bon, avant d'en pratiquer une seconde, d'explorer l'intérieur de la canule au moyen d'un stylet, afin d'être sûr qu'elle n'est pas obstruée par un fragment de matières solides.

Quant à la fistule qui résulte de cette opération, elle disparaît naturellement dans le cas où les matières reprendront leur cours naturel ; on pourra, d'ailleurs, hâter la guérison par des moyens appropriés.

Si au contraire, elle doit persister, et qu'il soit même nécessaire de l'agrandir, on la dilatera avec des petits cylindres de laminaire ou d'éponge préparée.

Nous terminons ici notre travail, en regrettant que notre inexpérience ne nous permette pas de poser des conclusions bien fondées au sujet du traitement chirurgical des étranglements internes. Si les quelques développements qui précèdent suffisaient à nous y autoriser, nous les formulions de la manière suivante :

1° L'entérocentèse peut et doit être opposée à la plupart des cas d'occlusion intestinale, généralement comme moyen palliatif, plus rarement comme méthode curative. Ce der-

nier but sera atteint, soit que la ponction suffise à elle seule pour triompher de la maladie, soit que la plaie qui en résulte serve à établir un anus artificiel.

2° Dans les cas où cette opération sera insuffisante ou inutile, on aura recours à la gastrotomie ou à l'entérotomie, dont le choix dépendra des indications fournies par le siège de l'étranglement.

FIN